RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2007-2008

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2003-2004

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Santé
et Services sociaux
Québec

Coordination
Direction des politiques et des orientations stratégiques

Edition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-54016-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-54017-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2010-2011

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Santé
et Services sociaux
Québec

Message du ministre

Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai le plaisir de vous transmettre le *Rapport annuel de gestion 2007-2008* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport rend compte de l'atteinte des résultats au regard du *Plan stratégique 2005-2010*, de la *Déclaration de services aux citoyens* ainsi que des engagements du Bureau de la Capitale-Nationale. De plus, il fait état de l'utilisation des ressources allouées au Ministère ainsi que de l'application de politiques et de programmes gouvernementaux.

L'année 2007-2008 s'est caractérisée par d'importantes réalisations qui contribueront à améliorer les services offerts à tous les citoyens et citoyennes du Québec. Ainsi, on observe un rehaussement des services dans plusieurs programmes. De plus, les ententes conclues avec les fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec permettront d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux. Un mécanisme de gestion de l'accès en milieu hospitalier a également été implanté pour garantir l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur de délais raisonnables. Des orientations ont été adoptées pour assurer un meilleur soutien de la personne atteinte de cancer dans son cheminement au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Des dispositions législatives de la Loi sur la protection de la jeunesse sont entrées en vigueur. Elles visent notamment à procurer une plus grande stabilité aux jeunes en difficulté et à assurer une meilleure continuité des services qui leur sont destinés.

Enfin, le dépôt du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par M. Claude Castonguay, a été l'occasion pour le Ministère de mettre en place d'importants travaux pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux.

Je profite de l'occasion pour remercier tout le personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux pour le travail accompli. C'est grâce à l'expertise et au profond engagement de ces personnes que des soins et des services de qualité sont offerts au Québec.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Message du sous-ministre

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Monsieur le Ministre,

Je vous soumets le *Rapport annuel de gestion 2007-2008* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce document témoigne des principales réalisations du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 2008. Il présente notamment les résultats obtenus au regard des objectifs du *Plan stratégique 2005-2010* et pour lesquels des actions déterminantes ont été accomplies.

Le rapport annuel de gestion comprend une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a été effectuée par la Direction de la vérification interne à la demande du Comité ministériel de vérification.

Je tiens tout particulièrement à remercier le personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux pour leur contribution aux réalisations du présent exercice. Cette contribution témoigne de notre volonté de progresser, année après année, vers les résultats souhaités.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Roger Paquet
Sous-ministre

Table des matières

Liste des sigles 13

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux 15

Le rapport de validation de la vérification interne 17

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux 19

1.1 La mission 19

1.2 L'organisation administrative 19

1.3 Le réseau de la santé et des services sociaux 20

Partie 2

Le contexte et les faits saillants de l'année 2007-2008 23

2.1 Le soutien aux jeunes en difficulté 23

2.2 L'accès aux services médicaux spécialisés et aux médecins de famille 24

2.3 La prévention et le contrôle des infections nosocomiales 25

2.4 La lutte contre le cancer 26

2.5 Les actions pour réduire les pénuries de main-d'œuvre 26

2.6 Le rapport Castonguay sur le financement du système de santé 26

2.7 La mise en place du Dossier de santé du Québec 27

2.8 La modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal 27

Partie 3

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 29

ENJEU

3.1 Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes 30

3.1.1 Les saines habitudes de vie 30

3.1.2 La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang 31

3.1.3 Autres résultats 32

ENJEU

3.2 L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables 33

3.2.1 Les groupes de médecine de famille 33

3.2.2 Les urgences 34

3.2.3 Les chirurgies et la cardiologie tertiaire 36

3.2.4 La lutte contre le cancer 38

3.2.5 Les services de soutien à domicile 41

3.2.6 La qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 42

3.2.7 Les services destinés aux jeunes et à leur famille 43

3.2.8 Les services de santé mentale 46

3.2.9 Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique 48

3.2.10 Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement 50

3.2.11 Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance 51

3.2.12 Les services à la communauté crie 52

3.2.13 Autres résultats 53

ENJEU

3.3 L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services 55

3.3.1 La qualité et la prestation sécuritaire des services 55

3.3.2 La traçabilité des produits sanguins 58

3.3.3 Les médicaments 58

3.3.4 L'information à la population 60

3.3.5 Les effectifs médicaux 62

3.3.6 Le personnel du réseau 65

3.3.7 L'utilisation des ressources informationnelles 68

ENJEU

3.4 La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux 70

Partie 4

Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens ... 73

4.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ... 73

4.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ... 74

4.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application ... 75

4.4 Les plaintes ... 77

Partie 5

Les résultats au regard des objectifs du Bureau de la Capitale-Nationale ... 79

Partie 6

L'utilisation des ressources ... 83

6.1 Les ressources humaines ... 83

6.2 Les ressources budgétaires et financières ... 84

6.3 Les ressources informationnelles ... 87

Partie 7

L'application de certaines politiques gouvernementales ... 91

7.1 L'accès à l'égalité en emploi ... 91

7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes ... 93

7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels ... 95

7.4 La politique linguistique ... 96

7.5 Le développement durable ... 96

7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé ... 97

7.7 Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec ... 98

Annexes ... 113

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux ... 113

Annexe II L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux ... 114

Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux ... 117

Liste des sigles

APPPQ	Agence des partenariats public-privé du Québec
CAU	Centre affilié universitaire
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISC	Inforoute Santé du Canada
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IU	Institut universitaire
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
TED	Trouble envahissant du développement
UMF	Unité de médecine familiale
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du Ministère. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les trois sections touchant la présentation des résultats du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information[1] présentée dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles y afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2008.

Les membres du Comité de direction,

Roger Paquet
Sous-ministre

Michel A. Bureau
Directeur général
Services de santé et médecine universitaire

Denis Lalumière
Sous-ministre adjoint
Planification stratégique, évaluation et qualité

Marie-Josée Guérette
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

Lise Verreault
Sous-ministre adjointe
Personnel réseau et ministériel

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint

Jacques Cotton
Sous-ministre adjoint
Coordination, financement, équipement
et ressources informationnelles

Maurice Boisvert
Sous-ministre associé
Bureau du Dossier de santé du Québec

Claude Pinault
Sous-ministre associé
Bureau de la Capitale-Nationale

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 5 septembre 2008

1. Voir le commentaire relatif à la fiabilité des résultats pour certains objectifs de la partie 3 – Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010.

Le rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 », « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » ainsi que « Les résultats au regard des objectifs du Bureau de la Capitale-Nationale » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2008. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter sur l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Tel que mentionné à la section « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 » relatif à la fiabilité des résultats fournis par les agences, certains résultats proviennent de banques d'information centrales qui sont validées quelques mois après la date de tombée du rapport annuel de gestion. En conséquence, nous n'avons pu quantifier les modifications qui seront apportées ultérieurement à des résultats présentés dans celui-ci. Les résultats concernés par cette remarque sont identifiés lors de leur présentation.

Au terme de notre examen, en considérant le commentaire ci-haut mentionné, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 », « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » ainsi que « Les résultats au regard des objectifs du Bureau de la Capitale-Nationale » du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Viateur Laplante, F. Adm. A.
Directeur

Daniel Paquet, c.a.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 5 septembre 2008

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1.1 La mission

Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Il est responsable de la définition des priorités, des objectifs et des orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux, et veille à leur application. Le Ministère évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

En vertu de son mandat, le Ministère propose à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

Les lois régissant et encadrant les activités du Ministère sont présentées à l'annexe I.

1.2 L'organisation administrative

Le Ministère compte six directions générales :

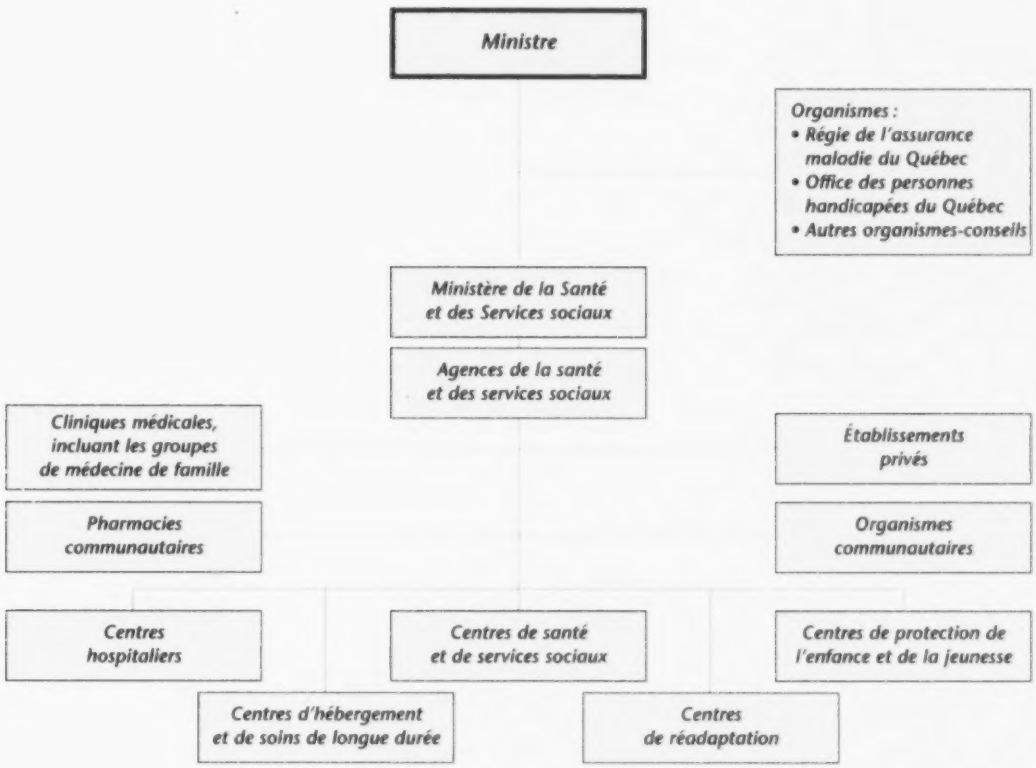
- la Direction générale de la santé publique ;
- la Direction générale des services sociaux ;
- la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire ;
- la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité ;
- la Direction générale du personnel réseau et ministériel ;
- la Direction générale de la coordination, du financement, de l'équipement et des ressources informationnelles.

La direction supérieure du Ministère est assumée par le sous-ministre et elle comprend le Secrétariat général, la Direction de la vérification interne, la Direction des communications, la Direction des affaires juridiques ainsi que le Bureau du Dossier de santé du Québec. Le Bureau de la Capitale-Nationale est également intégré à la structure administrative du Ministère pour l'exercice 2007-2008. L'organigramme du Ministère est présenté à l'annexe II.

Par ailleurs, 15 organismes liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent du ministre. La mission de ces organismes est décrite à l'annexe III. La reddition de comptes du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles et du Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Centre hospitalier universitaire (CHU)

Sainte-Justine y est également présentée, puisque ces organismes ne publient pas leur propre rapport annuel de gestion. Enfin, la Commission de la capitale nationale du Québec et le Commissaire au 400e anniversaire de Québec relèvent également du ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de la région de la Capitale-Nationale.

1.3 Le réseau de la santé et des services sociaux



Les organisations régionales

Le Ministère remplit sa mission en partageant ses responsabilités avec 18 autorités régionales qui rendent des comptes sur l'organisation des services sur leur territoire respectif. On compte 15 agences de la santé et des services sociaux. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Les agences exercent les fonctions nécessaires à la coordination et à la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région, particulièrement en matière de financement, de répartition des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. Elles facilitent également le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Enfin, elles fournissent les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection.

Les établissements

En 2007-2008, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de 294 établissements, dont 191 étaient publics et 103 privés. Ces établissements sont des entités juridiques dotées de capacités et de responsabilités légales. Ils possèdent un permis du ministre pour des services correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux[2]. Les établissements gèrent 1 754 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 191 établissements publics se répartissent comme suit :

- 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) ;
- 28 centres hospitaliers (CH), dont 20 qui sont également des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 2 qui constituent aussi des CHSLD et des centres de réadaptation (CR) ;
- 7 centres d'hébergement et de soins de longue durée ;
- 16 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centres de réadaptation, désignés centres jeunesse ;
- 41 centres de réadaptation ;
- 4 centres assumant les cinq missions pour les régions nordiques.

Il faut souligner que cinq centres hospitaliers ont un statut universitaire (CHU). De plus, cinq autres centres hospitaliers et sept CSSS ont une désignation de centre affilié universitaire (CAU). Dix établissements sont désignés instituts universitaires, soit six dans le secteur de la santé et quatre dans le secteur social.

Enfin, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé et des universités auxquelles ces établissements sont affiliés.

Les cliniques médicales, les organismes communautaires et les autres ressources complémentaires

Outre les ressources institutionnelles déjà nommées, des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale complètent le réseau. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 2 000 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 157 groupes de médecine de famille (GMF) et 29 cliniques-réseau ;
- 1 660 pharmacies communautaires ;
- 2 100 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupes, etc.) ;
- 8 670 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) ;
- 2 300 résidences privées avec services pour personnes âgées ;
- 3 400 organismes communautaires ;
- 100 entreprises d'économie sociale en aide domestique.

2. Les cinq missions définies par la Loi sont : CH, CHSLD, CLSC, CR et CPEJ.

Les effectifs du réseau

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,5 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 271 000 personnes hautement qualifiées qui composaient le réseau sociosanitaire en 2007-2008, on comptait approximativement :

- près de 825 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et près de 1 560 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sans compter les employés des organismes-conseils qui relèvent du ministre ;
- 242 500 salariés, cadres ou syndiqués dans les agences et les établissements publics, dont 102 020 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ;
- 26 200 professionnels touchant une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec, dont 7 790 médecins omnipraticiens, 8 300 médecins spécialistes et 2 500 médecins résidents ainsi que 1 785 pharmaciens propriétaires, 3 525 dentistes et 1 245 optométristes.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

Des organisations très actives dans le secteur de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui reconnues comme des partenaires majeurs du Ministère :

- 6 associations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- 21 ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'usagers ;
- plusieurs des grandes organisations syndicales du Québec qui représentent les employés du secteur de la santé et des services sociaux ;
- les représentants des organismes communautaires ;
- les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique, dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Les autres secteurs de l'État sont mis à contribution lorsqu'il s'agit de prévenir les problèmes de santé et de bien-être ainsi que de soutenir les personnes vulnérables. Le Ministère s'associe avec plusieurs partenaires gouvernementaux (revenu, éducation, environnement, etc.) pour intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Le Ministère et son réseau entretiennent également des relations directes avec les acteurs des différents milieux de vie, comme les écoles, les milieux de travail et les municipalités, afin d'améliorer les conditions de vie des personnes.

Partie 2

Le contexte et les faits saillants de l'année 2007-2008

Le système de santé et de services sociaux fait face à de nombreux défis, tels que le vieillissement de la population, la croissance de certains problèmes sociaux et de santé, l'accessibilité et la qualité des soins et des services, la disponibilité des ressources humaines, les changements dans les façons de faire liées notamment aux nouvelles technologies ainsi que la situation des finances publiques.

Il doit donc s'adapter afin de faire mieux et plus pour la santé et le bien-être de la population québécoise. Les principales réalisations du Ministère pour l'année 2007-2008 s'inscrivent dans ce contexte.

2.1 Le soutien aux jeunes en difficulté

La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes

Le directeur national de santé publique a diffusé son troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*.

Le rapport rappelle qu'au Canada les inégalités de revenus sont responsables de 20 % des années potentielles de vie perdues. Il souligne en particulier que l'enfance est une période cruciale durant laquelle un état persistant de pauvreté aura des conséquences qui dureront toute la vie. De plus, 20 % des coûts des services de santé sont attribuables à la pauvreté et aux inégalités de santé qui en découlent. Le rapport mentionne aussi que le taux de mortalité des jeunes de 0 à 17 ans les plus pauvres surpasse de 125 % celui des plus favorisés, que les troubles graves de comportement, la détresse psychologique des jeunes et leurs idées suicidaires tendent à augmenter lorsque le revenu de leurs parents diminue et que, dans les familles à faible revenu, deux fois plus d'enfants subissent de la violence physique sévère de la part d'un de leurs parents. Le rapport révèle tout de même que la pauvreté chez les jeunes est moins sévère au Québec qu'ailleurs au Canada et dans bien d'autres pays. Cela s'explique par la qualité des lois, des politiques et des programmes publics mis en place.

Le rapport sera utile aux décideurs et aux acteurs de tous les paliers et de tous les secteurs, puisqu'il démontre la nécessité d'intensifier les efforts pour réduire la pauvreté et pour atténuer les écarts de santé qu'elle génère, en particulier durant l'enfance et l'adolescence.

Les nouvelles dispositions législatives pour améliorer les services offerts aux jeunes en difficulté

La majorité des nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse, adoptées en juin 2006, sont entrées en vigueur le 9 juillet 2007. Elles visent, entre autres, à procurer une plus grande stabilité aux jeunes en difficulté et à assurer une meilleure continuité des services qui leur sont destinés. Des investissements de l'ordre de 30 millions de dollars ont été faits

pour soutenir leur implantation. Ceux-ci ont notamment servi à consolider les services offerts par les centres de santé et de services sociaux dans les milieux de vie des jeunes et à intensifier ceux rendus par les centres jeunesse.

Il faut également mentionner l'entrée en vigueur du Règlement sur la révision de la situation d'un enfant, qui vise à augmenter la fréquence des révisions pour les enfants placés, ainsi que l'élaboration du Règlement sur l'aide financière pour favoriser la tutelle à un enfant, qui est entré en vigueur en juillet 2008. Ces nouvelles dispositions permettront aux intervenants d'agir plus rapidement et plus efficacement en faveur du bien-être des jeunes.

Le recours à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif d'un centre jeunesse est également mieux balisé avec l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions de la Loi et du Règlement sur les conditions du recours à l'hébergement en unité d'encadrement intensif.

Des activités de formation et de sensibilisation dans les milieux concernés ont contribué à faire connaître les nouvelles dispositions de la Loi à plus de 25 000 intervenants et gestionnaires. Des documents d'information à l'intention des jeunes et des parents ont aussi été produits. Des sommes ont été affectées à la consolidation des services de première ligne et aux services offerts en centres jeunesse, afin d'appuyer la mise en œuvre de cette loi.

2.2 L'accès aux services médicaux spécialisés et aux médecins de famille

Les mécanismes de gestion de l'accès en milieu hospitalier

L'accessibilité aux services médicaux spécialisés à l'intérieur de délais raisonnables constitue une priorité ministérielle. Parmi les actions mises de l'avant à la suite de l'adoption du projet de loi n° 33, soulignons l'implantation d'un mécanisme de gestion de l'accès en milieu hospitalier assurant un suivi personnalisé des patients en attente. Un nouvel outil informatique soutient la mise en place de ce mécanisme : le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

Un responsable de l'accès a été nommé dans chacun des établissements et dans chacune des agences de la santé et des services sociaux. De plus, la centralisation des listes d'attente pour une chirurgie élective est désormais effective. Le délai maximal de traitement est fixé à six mois pour les patients en attente d'une arthroplastie du genou ou de la hanche ou d'une chirurgie de la cataracte.

Des travaux sont en cours pour étendre le mécanisme de gestion de l'accès aux examens de résonance magnétique et à ceux de tomodensitométrie par émission de positrons, aux services en santé mentale ainsi qu'aux services de cardiologie tertiaire (chirurgie cardiaque, hémodynamie et électrophysiologie) et à la radio-oncologie.

L'accès aux services spécialisés

L'automne dernier, le gouvernement a conclu une entente avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec. L'entente a le double avantage de financer des mesures qui amélioreront l'accès aux services médicaux pour la population et de rendre la rémunération des médecins spécialistes plus compétitive.

Ainsi, une somme de 240 millions de dollars est accordée afin de financer des mesures concrètes qui visent à améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés, à réduire le temps d'attente, à appuyer les services de première ligne, à assurer une couverture rehaussée des services dans les régions, à permettre une plus grande concertation des différents intervenants dans l'organisation des soins et à améliorer l'environnement de la pratique médicale.

L'entente prévoit aussi un redressement total de la rémunération des médecins spécialistes de 25,3 %. Le gouvernement a voulu, entre autres, corriger les écarts de rémunération avec les autres provinces et ainsi assurer le maintien d'un niveau de rémunération concurrentiel permettant la rétention et le recrutement des médecins nécessaires au bon fonctionnement du système de santé. Dans le contexte du vieillissement de la population, cette entente contribue à réduire les pressions qui s'exercent sur le système de santé et de services sociaux.

L'accès aux médecins de famille

Le gouvernement et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec se sont entendus sur un plan d'amélioration de l'accès aux médecins de famille et sur un plan de redressement de la rémunération.

L'entente présente un plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins d'un montant de 148,3 millions de dollars. Les mesures favoriseront l'inscription de l'ensemble des patients auprès d'un médecin de famille, une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables, des liens plus étroits entre les différents professionnels œuvrant auprès des patients de même que le recrutement et la rétention de médecins omnipraticiens. Des incitatifs financiers devraient favoriser l'accessibilité à un médecin de famille. De plus, cette entente prévoit une somme récurrente de dix millions devant être allouée en deux tranches dès 2007-2008 et 2008-2009 pour l'expérimentation de nouveaux modèles de services médicaux de première ligne ainsi que pour des mesures du plan d'amélioration considérées comme la base de ces nouveaux modèles.

Comme avec les médecins spécialistes, le gouvernement visait aussi la correction des écarts de rémunération des omnipraticiens avec ceux des autres provinces afin de favoriser leur rétention et leur recrutement. Pour ce faire, l'entente prévoit un redressement total de leur rémunération de 19,3 %.

2.3 La prévention et le contrôle des infections nosocomiales

En septembre 2007, la coroner Rudel-Tessier déposait son rapport d'enquête sur les causes et les circonstances des décès de 16 personnes survenus à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe entre les mois de mai et novembre 2006. La plupart des recommandations émises faisaient déjà l'objet de travaux et s'inscrivaient dans les orientations du *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Des travaux se sont poursuivis dans tous les secteurs visés par la prévention et le contrôle des infections notamment ceux liés à la conception architecturale et à l'immobilier, au traitement et à la stérilisation du matériel, à l'utilisation des antibiotiques, aux ressources humaines, etc.

Des lignes directrices sur les mesures d'hygiène et de salubrité au regard du *Clostridium difficile* (C. difficile) ont été publiées. Par ailleurs, une formation a été offerte à plus de 125 intervenants en hygiène et salubrité afin qu'ils servent d'agents multiplicateurs dans leur milieu respectif.

Quatre programmes provinciaux de surveillance des infections nosocomiales sont en place. L'année 2007-2008 aura été marquée par une diminution des taux d'incidence des diarrhées associées au C. difficile au niveau provincial, atteignant ainsi le niveau le plus bas enregistré depuis le début de la surveillance en août 2004. Une baisse significative est également observée sur plusieurs années pour ce qui est des bactériémies à *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline (SARM).

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales demeure une priorité pour le Ministère et son réseau. L'implication de tous les paliers administratifs et cliniques, ainsi qu'un partenariat étroit avec les associations et les ordres professionnels sont nécessaires pour soutenir le réseau dans cette lutte.

2.4 La lutte contre le cancer

La lutte contre le cancer est une grande priorité, et les actions entreprises depuis les dernières années ont permis d'enregistrer de véritables progrès : amélioration de l'accès aux services de radio-oncologie, modernisation et développement des centres existants ainsi que planification de deux nouveaux centres pour mieux répondre aux besoins croissants de la population atteinte d'un cancer. La mise en place d'équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer dans la majorité des établissements compte aussi parmi les actions entreprises. Ces équipes accompagnent notamment les personnes atteintes et leurs proches aidants tout au long de la trajectoire de soins et de services.

Afin de poursuivre les efforts, le Ministère a entrepris de mobiliser tous les intervenants avec la publication du document intitulé *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Ainsi, 75 millions de dollars additionnels seront investis au cours des cinq prochaines années afin de créer de nouveaux services et de consolider les mesures déjà prises. Les priorités mettent le patient au cœur des processus et rendent ces derniers plus humains. Elles favorisent une concertation des intervenants et répondent à des besoins exprimés autant par les personnes atteintes d'un cancer que par les cliniciens.

Par ailleurs, la mise en place de réseaux d'excellence misant sur la qualité, la proximité et l'accessibilité des services requis, l'ajout d'un nombre important d'infirmières pivots, la coordination d'un travail concerté avec les organismes communautaires et la création d'un registre québécois du cancer favoriseront une meilleure prise en charge des patients et permettront de mieux cerner leurs besoins.

2.5 Les actions pour réduire les pénuries de main-d'œuvre

Afin de relever le défi de la main-d'œuvre, il convenait d'assurer une meilleure cohérence des actions et une plus forte cohésion des acteurs. C'est pourquoi, le Projet national de main-d'œuvre a vu le jour en octobre 2007 et un plan d'action est en préparation. Il intégrera les actions des domaines des soins infirmiers, de la pharmacie, de la réadaptation et des services sociaux. Un volet sera consacré aux conditions d'exercice des cadres et des hors-cadre. De plus, le Ministère a élaboré, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles ainsi que l'Office des professions du Québec, un plan d'action pour le renouvellement des effectifs qui sera dévoilé en 2008.

2.6 Le rapport Castonguay sur le financement du système de santé

En février 2008, le Groupe de travail sur le financement du système de santé présidé par M. Claude Castonguay a déposé son rapport. Celui-ci comprend des recommandations afin d'accroître l'accessibilité des services offerts aux patients, d'assurer un financement durable au réseau, de favoriser une meilleure productivité et de responsabiliser tous les acteurs.

Une partie importante du rapport expose les avantages d'un système de santé plus productif. Cette avenue sera privilégiée afin de relever le défi du financement. Elle est jugée préférable aux différents prélèvements qui viendraient augmenter le fardeau fiscal de la population québécoise. Le ministre a annoncé que plusieurs recommandations seront mises en application dès cette année. Pour ce faire, cinq chantiers sont mis en place par le Ministère :

- Accès aux médecins de famille : le déploiement des groupes de médecine de famille, des cliniques-réseau et d'autres formules sera accéléré afin d'assurer à chaque Québécois et Québécoise l'accès à un médecin de famille.
- Décentralisation : trois agences pilotes, soit celles de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, assumeront des responsabilités accrues en matière de gestion.
- Allocation des ressources : en relation avec le chantier précédent, le Ministère effectuera des travaux visant à introduire la notion de coût de revient au sein de l'administration des établissements.
- Performance : les travaux mèneront à une évaluation plus complète de la performance des points de vue clinique et économique.
- Création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux : un dernier chantier, présidé par M. Claude Castonguay, précisera le mandat de ce nouvel organisme indépendant qui aura pour fonctions d'évaluer les technologies de la santé, les modes d'intervention, l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments, d'élaborer des guides de pratique et des protocoles cliniques et de préciser la composition du panier de services assurés.

Les travaux devraient porter fruit au cours de la prochaine année, et d'autres propositions seront approfondies afin d'en évaluer les effets sur le financement et l'organisation du système de santé et de services sociaux.

2.7 La mise en place du Dossier de santé du Québec

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un outil qui permettra de rendre accessibles électroniquement, aux professionnels de la santé autorisés, certaines informations cliniques utiles pour le suivi et la prise en charge des patients, quel que soit le lieu où ils recevront des services de santé à travers le Québec.

Au cours de l'année 2007-2008, un plan d'affaires couvrant la période 2007-2010 a été élaboré et diffusé. Ce plan présente notamment la portée du DSQ, sa stratégie de mise en œuvre, son cadre de gouvernance et ses modalités de financement. Les études préliminaires et détaillées de chacun des projets sont terminées, et la phase de réalisation se déroule selon l'échéancier prévu. Afin de favoriser une participation maximale de la population au DSQ ainsi que la mobilisation souhaitée des cliniciens, le projet de loi n° 70, déposé en décembre 2007, a introduit une approche de consentement implicite de l'usager avec droit de refus.

L'année 2008-2009 sera marquée par d'importants travaux d'intégration des composantes du DSQ et par la réalisation d'un projet pilote dans la région de la Capitale-Nationale.

2.8 La modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal

L'année 2007-2008 a été marquée par l'achèvement et l'acceptation par le Ministère et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal de l'offre de services clinique, d'enseignement et de recherche, du programme fonctionnel et technique ainsi que des prévisions budgétaires de fonctionnement de l'an 1 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Quant au Centre hospitalier universitaire (CHU)

Sainte-Justine, l'exercice se terminera au cours de l'année 2008. Ces étapes ont été établies et convenues par les parties concernées de façon à respecter les balises gouvernementales. Ces conditions devaient impérativement être remplies avant qu'il soit possible de passer à l'étape de signature des contrats et de mobilisation des équipes de professionnels maîtres ingénieurs et architectes.

Au printemps 2007, la conclusion des dossiers d'affaires initiaux et l'étude comparative des modes de réalisation des projets, ont permis au gouvernement de déterminer que la réalisation en mode de partenariats public-privé (PPP) de certaines composantes des projets du CHUM et du CUSM offre une valeur ajoutée par rapport aux fonds investis et aux risques inhérents à ce type de grands projets.

Des appels de qualification pour les projets à réaliser en mode PPP (CHUM, Centre de recherche du CHUM et CUSM) ont donc été lancés en juin 2007 et se sont terminés en novembre de la même année par la sélection de deux consortiums candidats qualifiés pour chacun des projets.

En octobre 2007, le CHU Sainte-Justine a inauguré une des composantes du projet *Grandir en santé*, soit le pavillon Lucie et André Chagnon du Centre de cancérologie Charles-Bruneau, d'une valeur de 17,6 millions de dollars.

Partie 3

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010

La présente partie concerne la reddition de comptes du Ministère portant sur les objectifs de son *Plan stratégique 2005-2010*. Elle fait état des principaux résultats atteints au regard de ces objectifs pendant l'année 2007-2008. Les résultats sont présentés en fonction des quatre enjeux du plan stratégique du Ministère :

- Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes.
- L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables.
- L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services.
- La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

À l'intérieur de chaque section concernant un enjeu, les objectifs pour lesquels des actions déterminantes ont été accomplies sont regroupés par thèmes et ils sont assortis de commentaires sur les résultats atteints. D'autres résultats sont présentés dans un tableau synthèse à la fin de chaque section. Par ailleurs, chaque agence de la santé et des services sociaux produit un rapport annuel de gestion qui donne un portrait régional de l'atteinte des objectifs.

La fiabilité des résultats

Une partie de la reddition de comptes du Ministère repose sur les résultats obtenus dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité conclues avec les agences. Ces résultats sont produits à partir de données provenant des agences ou des établissements et elles sont entérinées par les bilans annuels fournis par les agences. Une déclaration de chaque président-directeur général des agences atteste la fiabilité des bilans.

Plusieurs résultats concernant la prestation des services de santé et des services sociaux demeureront toujours perfectibles, tant en raison du volume imposant de données à traiter qu'en raison du nombre important d'intervenants qui alimentent les banques d'information et traitent les données.

Par ailleurs, une confirmation des résultats n'est possible qu'à partir de données provenant des banques d'information centrales, soit quelques mois après la date de tombée du rapport annuel de gestion. Les résultats dont la fiabilité ne peut être attestée sont identifiés comme tels au moment de leur présentation. Cette année, des travaux ont permis d'évaluer l'écart entre les données présentées dans le rapport annuel de gestion et les données finales. On a remarqué, dans la plupart des cas, que les écarts étaient minimes. Ainsi, on peut affirmer que les données qui paraissent dans le rapport annuel de gestion livrent une information significative et répondent aux impératifs émanant du suivi des objectifs ministériels.

Enfin, mentionnons que, depuis 2007, un groupe de travail sur les indicateurs de gestion se penche sur la disponibilité des données ainsi que sur la qualité et la fiabilité des indicateurs de résultats retenus pour les ententes de gestion. Les travaux de ce groupe influenceront la reddition de comptes du Ministère au cours des prochaines années.

En raison de leurs caractéristiques sociosanitaires et administratives, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James exigent la prestation de services distincts, dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions. En conséquence, les données pour ces régions ne sont pas incluses dans le présent rapport.

ENJEU

3.1 Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : **Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection**

3.1.1 Les saines habitudes de vie

Objectif **Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Proportion de territoires locaux où sont offerts ces services	76 %	Augmentation	69 %

Objectif **Implanter l'approche École en santé dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre d'écoles où est implantée l'approche École en santé	435 écoles sur 2 728, soit 16 %	Augmentation	689 écoles sur 2 810, soit 25 %

La promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* prévoit le déploiement d'activités en relation avec la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques. Ces activités visent, notamment, les quatre déterminants suivants : la saine alimentation, la pratique régulière d'activités physiques, le non-usage du tabac ainsi que le soutien à la création d'environnements sécuritaires et favorables à la santé et au bien-être.

Au Québec, en 2007-2008, 69 % des territoires locaux, incluant le territoire du Nord-du-Québec, ont offert des activités de promotion concernant les quatre déterminants précités, ce qui représente une diminution par rapport au résultat obtenu l'an dernier. Cette diminution s'observe particulièrement dans les territoires locaux de trois régions. Ainsi, la majorité des territoires locaux ont offert, au cours de l'année, des activités de promotion et de consultation axées sur ces déterminants.

En 2008-2009, les efforts se poursuivront afin de consolider ces activités en relation avec la mise à jour du Programme national de santé publique et le déploiement des mesures du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir.*

L'approche École en santé

L'approche École en santé vise à réunir, dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école ainsi que dans les plans d'action des partenaires, une offre globale et concertée d'interventions de promotion de la santé et de prévention. Ces interventions sont destinées aux jeunes qui fréquentent les écoles de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire. Le développement et le déploiement de cette approche sont sous la responsabilité conjointe du Ministère ainsi que du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Une école qui s'engage dans l'implantation de l'approche École en santé doit agir globalement sur les facteurs clés du développement des jeunes que sont, notamment, l'estime de soi, les compétences sociales, les saines habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires ainsi que les environnements favorables, à divers niveaux d'intervention à la fois, et ce, au moyen d'une combinaison d'activités et de services de promotion de la santé et de prévention.

Au 31 mars 2008, 25 % des écoles publiques du Québec, soit 689 sur 2 810, avaient mis en œuvre cette approche, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat de 16 % obtenu l'année dernière. Le résultat de 2007-2008 ne concerne toutefois que 15 des 16 régions, soit celles pour lesquelles les données sont disponibles.

3.1.2 La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Objectif **Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement et par le sang**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP	3 632	3 887	3 904 *
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	12 672	13 286	15 209 *
Nombre d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP	4 743	ND	6 112 *
Nombre d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	3 660	ND	3 662 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le dépistage et la vaccination auprès des clientèles vulnérables sont des activités importantes de prévention du VIH/sida, du virus de l'hépatite C (VHC), des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des infections évitables par l'immunisation.

Pour l'ensemble du Québec, en 2007-2008, les résultats obtenus pour les activités de dépistage des ITSS dépassent de 14,5 % la cible visée dans les lieux où sont situés les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP). Par contre, ces activités effectuées hors les murs sont plus difficiles à réaliser dans quelques régions, en raison d'un manque de ressources ou d'un petit nombre de milieux de proximité pour joindre les personnes appartenant à ces groupes visés dans les régions plus éloignées. Bien que les résultats obtenus pour l'ensemble des régions dépassent la cible prévue de 0,4 %, le maintien soutenu des efforts pour joindre ces populations vulnérables dans leur milieu de vie demeure primordial.

À l'inverse, le nombre d'interventions de vaccination hors les murs dépasse de beaucoup celui obtenu dans les SIDEP, et ce, dans l'ensemble des régions. Cela nous indique que les défis sont différents selon le lieu d'intervention ou les activités déployées, soit que les clientèles vulnérables acceptent plus facilement d'être vaccinées que d'être dépistées hors les murs, soit que l'organisation des services pour la vaccination est plus simple que celle du dépistage hors les murs.

L'importance d'effectuer les activités jugées efficaces en matière de lutte contre les ITSS dans les milieux de vie des populations à risque les plus exposées est réaffirmée dans la mise à jour 2008 du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Des efforts se poursuivront afin de consolider les activités des SIDEP.

3.1.3 Autres résultats

Objectif **Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation par la ligne téléphonique 1 800	13 837	ND	13 831
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	Individuel : 5 560 En groupe : 1 231	ND	Individuel : 5 465 * En groupe : 1 099 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

3.2 L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : **Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences**

3.2.1 Les groupes de médecine de famille

Objectif **Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 groupes de médecine de famille d'ici 2010**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre total de GMF implantés	125 GMF 23 cliniques-réseau	183 GMF 30 cliniques-réseau	157 GMF 29 cliniques-réseau
Pourcentage de la population inscrite en GMF au 31 mars	14 %, soit 1 041 847 personnes	Ne s'applique pas	18 %, soit 1 376 141 personnes

L'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) vise à faciliter l'accès à un médecin de famille ainsi qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population. Elle entraîne des changements de la pratique professionnelle et le développement de la collaboration interprofessionnelle entre les médecins, les infirmières et les autres professionnels du réseau afin d'offrir une gamme complète de services et ainsi assurer un suivi global des personnes inscrites, dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille.

L'intégration des services basée sur des principes d'interdisciplinarité, d'engagements réciproques et de partenariat avec un centre de santé et de services sociaux (CSSS) semble faire consensus auprès des médecins de tous les milieux de pratique, autant privés que publics.

Les résultats préliminaires d'une étude de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal portant sur la capacité des organisations à prendre en charge les maladies chroniques, ont démontré que les personnes atteintes de maladies chroniques recevaient une meilleure réponse en GMF étant donné l'attention apportée à la continuité et au suivi. On y mentionne que l'amélioration de la structure organisationnelle de première ligne par la pratique de groupe, l'interdisciplinarité et la gestion des cas intégrés sont reconnues comme étant des conditions optimales pour l'amélioration de la qualité des services.

Au 31 mars 2008, 157 GMF étaient implantés au Québec. Cela implique environ 310 lieux cliniques et 1 980 médecins, soit environ 32 % des omnipraticiens qui travaillent en cabinet et en CLSC. De plus, 275 infirmières y travaillent et 71 CSSS sont partenaires par l'entremise d'ententes.

La venue de nouveaux GMF dépend de l'émergence de projets sur le terrain. En 2007-2008, 32 nouveaux GMF ont vu le jour au Québec comparativement à 17 l'année précédente. La promotion des GMF se poursuit, et une quarantaine de projets étaient en préparation dans les régions au 31 mars 2008, dont une dizaine dans la région de Montréal.

Dans un souci de tenir compte des réalités auxquelles certains groupes de médecins font face alors qu'ils manifestent un intérêt à former un GMF sans être en mesure d'assurer une offre complète de services en GMF, le Ministère a élaboré en 2007, en collaboration avec les agences, une approche progressive pour des groupes qui s'engagent à assumer l'offre de services attendue d'un GMF à terme alors qu'ils ne peuvent l'offrir complètement en période de transition. Au 31 mars 2008, un GMF a pu être accrédité selon cette approche.

Le renouvellement de la convention des GMF s'est poursuivi en 2007-2008, et aucun des 21 GMF dont la convention venait à échéance n'a manifesté son intention de ne pas la renouveler.

L'inscription en GMF s'adresse à toute la population, et le nombre de patients inscrits inclut les clientèles vulnérables suivies en GMF. Au 31 mars 2008, 1 376 141 personnes étaient inscrites en GMF, soit 18 % de la population du Québec. La prise en charge de la clientèle par les omnipraticiens se mesure aussi en inscriptions de la clientèle hors GMF. Ainsi, plus d'un million de personnes vulnérables avaient signé la fiche d'inscription (en GMF et hors GMF), ce qui porte le pourcentage total d'inscriptions de la population du Québec auprès d'un médecin de famille à environ 30 %.

Les progrès se poursuivent quant à l'informatisation des GMF. En excluant les GMF n'ayant pas terminé le déploiement informatique, le pourcentage des GMF ayant un accès aux laboratoires s'élève à 81 %. Cette année, plus de 50 % des GMF ont opté pour un optimiseur pharmacothérapeutique avec module de prescription, qui, à terme, sera interopérable avec le Dossier de santé du Québec.

Depuis 2007-2008, le Ministère accorde un soutien financier aux agences pour la création de cliniques-réseau. Bien qu'il soit axé sur l'accessibilité des services sept jours sur sept, et particulièrement aux heures défavorables, chacun des modèles régionaux de cliniques-réseau offre un pourcentage de prise en charge de la clientèle en maintenant un rapport entre les heures avec rendez-vous et les heures sans rendez-vous variant de 30 à 70 %. Au 31 mars 2008, 23 cliniques-réseau étaient accréditées à Montréal, deux en Montérégie et quatre à Québec, pour un total de 29 cliniques-réseau. Une dizaine de projets étaient également en préparation dans les différentes régions.

3.2.2 Les urgences

Objectif **Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :**
- **séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins (en 2010)**
- **0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur une civière à l'urgence (en 2010)**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008[1]	Résultats 2007-2008
Séjour moyen sur civière	16,3 heures	ND	16,5 heures
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur une civière à l'urgence	6,0 %	ND	6,1 %

1. Des cibles annuelles sont fixées par région dans le cadre des ententes de gestion signées avec les agences.

Par l'entremise du Centre de coordination nationale des urgences, le Ministère fait le suivi de deux principaux indicateurs de performance :

- le séjour moyen sur civière à l'urgence des usagers (norme établie à 12 heures) ;
- la proportion de séjours sur civière à l'urgence de 48 heures et plus (norme établie à 0 %).

Les résultats obtenus en 2007-2008 montrent une certaine stabilité de la situation.

Considérant que la situation des urgences diffère grandement d'une région à l'autre, le Ministère établit des cibles pour chacune des régions en concertation avec les agences. Les séjours moyens à l'urgence de cinq régions respectent la norme de 12 heures, alors que trois autres régions se rapprochent de la cible qui leur a été fixée. Trois régions sont près d'atteindre ou atteignent leur cible régionale relative à la proportion des séjours de 48 heures et plus, alors que des écarts sont constatés dans les autres régions.

Les efforts doivent se poursuivre, particulièrement dans les régions où les séjours moyens sur civière sont les plus longs, soit Montréal, l'Outaouais et Lanaudière. On observe dans ces régions que plus de 6 % des durées de séjour sur civière excèdent 48 heures.

En 2007-2008, le Ministère a effectué un suivi intensif de 20 installations de concert avec les agences de la santé et des services sociaux. De plus, 21 autres installations ont été suivies uniquement par les agences.

Le tableau suivant illustre, pour le Québec, une diminution du nombre d'usagers sur civière de 1,8 %, une stabilité du nombre d'usagers arrivés en ambulance ainsi que du nombre d'usagers sur civière âgés de 75 ans et plus.

Achalandage des unités d'urgence

	Nombre d'usagers sur civière	Nombre d'usagers arrivés en ambulance	Nombre d'usagers sur civière ≥ 75 ans
2006-2007	1 003 564	414 509	230 074
2007-2008	985 424	413 058	230 554
Écart en nombre	- 18 140	- 1 451	480

La concertation accrue entre les groupes de médecine de famille et les centres de santé et de services sociaux ainsi que des mesures particulières telles que le soutien à domicile et l'ajout de plus de 500 places en services posthospitaliers ont permis de stabiliser le nombre d'usagers âgés de 75 ans et plus présents sur civière à l'urgence. Ces mesures contribuent également à réduire l'achalandage dans les urgences et à améliorer la prise en charge des clientèles vulnérables.

Orientation : **Améliorer l'accès aux services de chirurgie et de cardiologie tertiaire en vue de réduire les listes d'attente**

3.2.3 Les chirurgies et la cardiologie tertiaire

Objectif **Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :**
- **chirurgie de la cataracte**
- **arthroplastie de la hanche**
- **arthroplastie du genou**
- **chirurgie avec hospitalisation**
- **chirurgie d'un jour**

Indicateurs	Résultats 2006-2007[1]	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de chirurgies de la cataracte effectuées	73 440	75 538	79 495 *
Nombre d'arthroplasties de la hanche effectuées	4 591	4 876	5 153 *
Nombre d'arthroplasties du genou effectuées	6 204	6 469	6 473 *
Nombre de chirurgies avec hospitalisation effectuées[2]	164 921	167 817	161 919 *
Nombre de chirurgies d'un jour effectuées[3]	199 570	201 416	198 177 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

1. Les données de l'année précédente proviennent de l'outil de suivi de gestion Gestred et non plus de Med-Écho, comme c'était le cas les années précédentes.
2. À l'exclusion des chirurgies cardiaques (pontage et valvule), de la hanche, du genou et de la cataracte.
3. À l'exclusion des chirurgies de la cataracte.

Objectif **Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	Catégorie A : 92,1 % Catégorie B : 94,6 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 91,9 % Catégorie B : 90,4 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	Catégorie A : 90,2 % Catégorie B : 80,9 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 86,1 % Catégorie B : 67,5 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie	Catégorie A : 69,2 % Catégorie B : 41,0 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 75 %	Catégorie A : 73,2 % Catégorie B : 49,5 %

Légende
Hémodynamie : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois
Chirurgie cardiaque : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois
Électrophysiologie : Catégorie A : moins de 72 heures – Catégorie B : de 72 heures à 3 mois

Les chirurgies

En 2007-2008, environ 451 000 chirurgies ont été effectuées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. À la lumière des données préliminaires sur les volumes d'activité de production en chirurgie, les cibles établies auraient été atteintes pour les chirurgies de la cataracte ainsi que les arthroplasties de la hanche et du genou.

Les données ne pourront être validées par le Ministère avant la fin de l'automne 2008, soit lorsque les données finales et validées de Med-Echo 2006-2007 seront disponibles. D'ici là, les données doivent donc être considérées comme préliminaires, surtout pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies d'un jour.

De juin 2007 à mars 2008, 93 % des patients ayant subi une chirurgie ont été opérés à l'intérieur de six mois. La très grande majorité des personnes sont donc traitées à l'intérieur de délais raisonnables, et les soins urgents sont donnés en priorité. La diminution du temps d'attente est une priorité pour le Ministère ; c'est pour cette raison que des investissements importants ont été consentis et que des cibles d'accès ont été mises en place (90 % des patients opérés à l'intérieur de six mois).

Chirurgies	% des patients qui ont été opérés à l'intérieur de 6 mois
Hanche	85 %
Genou	84 %
Cataracte	93 %
Chirurgie d'un jour	93 %
Chirurgie avec hospitalisation	93 %

À la suite de l'adoption du projet de loi n° 33, diverses démarches ont été entreprises pour améliorer l'accès aux services spécialisés. Elles sont résumées dans la deuxième partie, qui traite des faits saillants 2007-2008. Pour compléter ces informations, soulignons que le mécanisme central de gestion de l'accès inclut un suivi personnalisé. Ce dernier consiste à faire parvenir à chaque patient en attente d'une chirurgie, une confirmation de son inscription sur une liste d'attente ainsi qu'un feuillet explicatif sur le mécanisme d'accès et la garantie d'accès. De plus, pour les patients en attente d'une des chirurgies sous la garantie d'accès, un appel est fait vers le 30e jour de l'attente. Au besoin, une deuxième offre peut être faite aux patients qui ne peuvent pas être opérés dans les délais requis pour les chirurgies ciblées (arthroplastie de la hanche et du genou, et extraction de la cataracte). Au 1er mars 2008, 716 patients avaient reçu une deuxième offre de traitement ; de ce nombre, 225 patients l'avaient acceptée.

La réduction des délais d'accès demeure un défi important en raison de l'augmentation des besoins liés au vieillissement, des limites concernant la disponibilité des anesthésistes, des chirurgiens et d'une main-d'œuvre en soins infirmiers au bloc opératoire ainsi que de la nécessité d'optimiser l'utilisation adéquate des lits. Les efforts se poursuivront afin d'atteindre des délais d'accès conformes aux délais maximaux à respecter.

La cardiologie tertiaire

Au Québec, les maladies cardiovasculaires sont l'une des causes les plus importantes de morbidité et de mortalité. L'évolution technologique entraîne des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes et d'arythmie cardiaque.

En 2007-2008, on a observé une légère baisse de la capacité du système à répondre aux demandes de services en chirurgie cardiaque dans les délais recommandés par les experts, puisque au total, 80,2 % des demandes de services ont été traitées dans les délais comparativement à 83 % en 2005-2006 et à 87,4 % en 2006-2007. Ce phénomène résulte du fait que, depuis le début de 2007-2008, plusieurs chirurgies cardiaques ont dû être reportées et que des salles ont été fermées en raison du manque de personnel infirmier et de lits aux soins intensifs et aux soins critiques. En conséquence, il y a eu une augmentation de la liste d'attente.

Par contre, l'amélioration observée en hémodynamie en 2006-2007 par rapport aux années précédentes se maintient, puisqu'en 2007-2008, 91,4 % des demandes ont été traitées dans les délais recommandés (81,2 % en 2004-2005, 88,6 % en 2005-2006 et 93 % en 2006-2007).

L'utilisation de plus en plus répandue de défibrillateurs cardiaques internes (DCI) entraîne une demande croissante pour les services en électrophysiologie. En effet, le nombre de DCI implantés en 2006-2007 était de 1 154, et il a été de 1 500 en 2007-2008. La pratique intégrant le traitement des patients par ablation de fibrillation auriculaire est également de plus en plus courante. On observe d'ailleurs une explosion des listes d'attente pour cette pratique. En 2007-2008, une mesure spéciale destinée à résorber toutes les demandes hors délais sur les listes d'attente en électrophysiologie au 23 juin 2007 aura permis de contenir temporairement cette tendance[3].

Orientation : **Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer**

3.2.4 La lutte contre le cancer

Objectif **Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Taux de participation au programme	51,1 %	Augmentation	53,1 %

Objectif **Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales visitées et évaluées	35 équipes locales 3 équipes régionales 5 équipes suprarégionales	Augmentation	70 équipes locales 10 équipes régionales 64 équipes suprarégionales

3. Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS).

Objectif **Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de patients en attente de plus de 4 semaines après qu'ils soient médicalement prêts pour le début du traitement	33	Ne s'applique pas	49
Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 4 semaines	96 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)	90 %	95 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)

Objectif **Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile**
- **en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes desservies à domicile	18 513 (excluant les services offerts par les organismes communautaires)	19 681	18 701 * (excluant les services offerts par les organismes communautaires)
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	17,4	16,0	18,6 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le cancer est la première cause de mortalité au Québec, et la lutte contre cette maladie est une priorité depuis plusieurs années. Bien que des gains aient été enregistrés, il faut poursuivre les efforts. Après une décennie, le Programme québécois de lutte contre le cancer constitue toujours l'assise de la stratégie du Québec de lutte contre le cancer. Les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* parues cette année préconisent les actions les plus susceptibles d'apporter des résultats tangibles dans l'amélioration des soins et des services offerts aux personnes concernées (voir partie 2.4).

Le dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein vise à réduire la mortalité causée par ce type de cancer. Il s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans. Le taux de participation est en hausse depuis le début du programme, il y a maintenant dix ans. Ainsi, en décembre 2007, ce taux a connu une hausse de deux points de pourcentage par rapport à l'année précédente. Les femmes reçoivent une lettre d'invitation personnalisée pour participer au programme. Cette forme d'invitation, combinée aux campagnes d'information et de sensibilisation faites tant à l'échelle régionale que provinciale, contribue grandement au succès du programme. Par ailleurs, il faut ajouter la contribution importante apportée par les unités mobiles, qui permettent un meilleur accès.

Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

L'organisation des soins et des services de lutte contre le cancer préconisée dans le Programme québécois de lutte contre le cancer consiste en un réseau hiérarchisé d'équipes locales, régionales et suprarégionales. Les équipes locales doivent assurer les services généraux et spécifiques de lutte contre le cancer (promotion de la santé, prévention, dépistage, traitements, dont la chimiothérapie, services d'adaptation et de soutien, soins palliatifs). Les équipes régionales offrent des services généraux et spécialisés, dont expertise et conseil pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) et les cancers du système hématopoïétique. Un mandat d'équipe suprarégionale de lutte contre le cancer est attribué à une équipe interdisciplinaire qui a développé une expertise pour un siège tumoral spécifique, un cancer rare ou une problématique particulière. Ce mandat exige des professionnels ultraspécialisés, une infrastructure à la fine pointe de la technologie et des services fournis uniquement sur référence.

Les équipes visitées et évaluées par un groupe-conseil composé d'experts sont celles présentées par les agences pour des mandats locaux, régionaux ou suprarégionaux. À ce jour, dans l'ensemble du Québec, ont été visitées et évaluées :

- 70 équipes, pour un mandat local ;
- 10 équipes, pour un mandat régional ;
- 64 équipes, pour un mandat suprarégional.

Les équipes ont été évaluées selon leur conformité avec neuf éléments : un engagement formel, une structure organisationnelle, des ressources assignées uniquement à l'équipe, une formation continue pour les intervenants, un fonctionnement interdisciplinaire, une intégration avec les partenaires, des stratégies pour favoriser la participation de la personne atteinte et de ses proches, un processus de standardisation et de contrôle de la qualité ainsi qu'un processus d'évaluation (monitorage des résultats). Outre l'analyse de conformité à l'égard des critères établis, les équipes reçoivent des recommandations dans un esprit d'amélioration continue des services.

Les services spécialisés en radiothérapie

En 2007-2008, la moyenne provinciale de patients nécessitant un traitement de radio-oncologie, et qui ont été traités à l'intérieur d'un délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts, s'est toujours située au-delà du seuil minimal de 90 %. La moyenne des quatre semaines de la période 13 (2007-2008) a, quant à elle, été de 95 %.

Les soins palliatifs

La Politique en soins palliatifs de fin de vie vise à favoriser l'accessibilité, la continuité ainsi que la qualité des soins et des services d'accompagnement à offrir en fin de vie. Le nombre adéquat de personnes desservies et l'intensité des services offerts à chacune d'elles en fin de vie sont les indicateurs retenus pour s'assurer de l'accessibilité et de la qualité des soins palliatifs donnés à domicile.

La cible concernant le nombre de personnes desservies à domicile a été atteinte à 95 %, et les données n'incluent pas les soins palliatifs à domicile prodigués par des organismes communautaires selon des ententes de service avec certaines agences. Selon l'information fournie par les agences, il n'existe aucune liste d'attente.

Le nombre moyen d'interventions, auprès de chaque personne qui reçoit des soins palliatifs à domicile, augmente encore cette année ; ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des services offerts. Ces résultats dépassent l'objectif de 16 interventions par personne visé pour 2010.

Orientation : **Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté**

3.2.5 Les services de soutien à domicile

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile :**
- **en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes desservies	159 887	166 239	165 935 *
Nombre moyen d'interventions par personne	26,7	26,4	27,6 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

La grande majorité des personnes âgées en perte d'autonomie peuvent, avec les services de soutien à domicile nécessaires, continuer à vivre dans leur milieu naturel. Le Ministère favorise l'expansion du soutien à domicile comme en font foi les efforts faits au sein des différentes régions du Québec.

En 2007-2008, la cible pour les services à domicile visait l'inscription de 166 239 personnes en perte d'autonomie au programme de soutien à domicile des centres de santé et de services sociaux (CSSS). On constate que 165 935 personnes ont pu être rejointes au cours de 2007-2008, soit 15,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus. La cible de 16 % en 2010 est donc en bonne voie d'être atteinte. Un effort particulier devra être fait pour rejoindre les personnes vivant dans les résidences pour personnes âgées. Les mesures visant à permettre un meilleur repérage de la clientèle à risque, dans les urgences des hôpitaux, devront aussi être complétées.

L'intensité des services offerts poursuit son augmentation ; elle est passée d'environ 26,7 à 27,6 interventions par personne de 2006-2007 à 2007-2008. Le dépassement de la cible de 2010, qui est de 24 interventions, s'est accentué, confirmant ainsi la nécessité de fournir aux personnes une prestation de services plus élevée, pour leur permettre de demeurer plus longtemps à domicile.

Il est important de rappeler que ces indicateurs présentent une image incomplète et sous-estimée du soutien réel offert. En effet, ils ne tiennent pas compte des services rendus dans le cadre du programme du chèque emploi-service ni de ceux offerts par les entreprises d'économie sociale en aide domestique. De nouveaux indicateurs seront expérimentés cette année ; ils permettront non seulement de rendre compte des services d'aide offerts par les autres dispensateurs que le CSSS, mais aussi de faire des distinctions entre les services professionnels et les services d'aide à domicile.

3.2.6 La qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectif **Poursuivre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée :**

- **que 60 % des installations soient visitées d'ici 2010, ce qui suppose une moyenne de 10 % des installations par année**
- **que 70 % des installations visitées aient mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles**
- **que chaque installation ait atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, 70 % et plus des objectifs définis dans le plan de correctifs convenu avec l'agence, à la suite du dépôt du rapport d'appréciation**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Pourcentage d'installations visitées	9 %, soit 41 installations	12 %, soit 58 installations	11,5 %, soit 54 installations
Pourcentage d'installations ayant mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles	58 %, soit 28 installations	70 %, soit 41 installations	51 %[1], soit 21 installations
Pourcentage d'installations ayant donné suite, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, à 70 % et plus des recommandations émises	32 %, soit 15 installations	70 %, soit 41 installations	37 %[2], soit 14 installations

1. Le pourcentage a été calculé sur le nombre d'installations visitées en 2006-2007, soit 41 installations.
2. Le pourcentage a été calculé sur 38 des 41 installations visitées en 2006-2007, car certaines données ne sont pas disponibles.

Les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les principaux thèmes abordés au cours des visites d'appréciation sont la qualité et l'accessibilité des services et des activités, l'environnement humain et physique ainsi que les mesures contribuant à un milieu de vie de qualité.

Les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont effectuées depuis cinq ans. Entre septembre 2007 et juin 2008, 54 nouvelles installations ont été visitées. La cible annuelle est passée de 10 % à 12 % des installations existantes. Quatre visites ont dû être annulées et seront reportées. Les motifs d'annulation relèvent de problèmes de logistique et de situations particulières vécues par la direction des établissements ciblés. Au total, 238 installations sur 468 ont été visitées à ce jour, soit 51 % des installations existantes.

Cette année, les résultats présentés pour l'indicateur sur la mise en œuvre des orientations ministérielles et pour celui sur le suivi des recommandations concernent les 41 installations visitées en 2006-2007.

L'indicateur sur le niveau d'avancement de la mise en œuvre des orientations ministérielles témoigne de l'appréciation effectuée par l'équipe de visite. Les résultats indiquent que 51 % des installations visitées ont atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les objectifs énoncés dans les orientations. Bien que ce résultat ne semble pas constituer une amélioration significative par rapport à l'année précédente, il faut tout de même souligner qu'aucune installation n'a obtenu une cote 5, et ce, pour la première fois depuis l'instauration

des visites d'appréciation. Cette cote signifie que l'implantation des orientations ministérielles est peu avancée. En 2003-2004, 13 des 47 installations visitées s'étaient classées de cette manière, 17 sur 48 en 2004-2005 et 5 sur 48 en 2005-2006.

Pour apprécier le suivi des recommandations formulées dans les rapports de visites, le Ministère se base sur le pourcentage des installations ayant réalisé 70 % et plus des recommandations retenues, en totalité ou en grande partie. Les résultats indiquent que 37 % des installations visitées en 2006-2007 ont mis en place, en totalité ou en grande partie, l'ensemble des recommandations qui leur avaient été adressées. La cible n'a donc pas été atteinte en 2007-2008. Cependant, il faut rappeler que la mise en place de certains correctifs, comme les réaménagements physiques, peut s'échelonner sur plus d'une année. Toutefois, pour les quatre premières années du programme des visites, 94 des 184 installations, soit 51 % d'entre elles, ont mis en œuvre 70 % et plus des recommandations.

Les visites des centres jeunesse, des ressources intermédiaires et des ressources de type familial

Depuis 2005, les centres jeunesse – volet application de la protection de la jeunesse – ainsi que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial font l'objet de visites d'appréciation. Le processus mis en place ainsi que les modalités opérationnelles sont semblables à ceux des visites en CHSLD.

En ce qui concerne les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, 109 établissements gestionnaires ont été interpellés depuis le début du programme des visites. Entre septembre 2007 et juin 2008, 16 établissements ont été visités pour la clientèle des personnes âgées, 2 en santé mentale, 1 en déficience intellectuelle, 4 en jeunesse et 2 avec clientèles multiples. En protection de la jeunesse, 4 centres jeunesse ont fait l'objet d'une visite, ce qui complète la tournée des établissements visés.

Les visites d'appréciation se poursuivront en 2008-2009 dans deux programmes, soit les CHSLD ainsi que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

Orientation : **Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles**

3.2.7 Les services destinés aux jeunes et à leur famille

Objectif **Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant, en 2010 de rejoindre 80 % des mères âgées de moins de 20 ans ainsi que des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Proportion de femmes visées rejointes	56,4 %	Augmentation	57,8 % *

Objectif **Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :**

- **desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, en 2010**
- **accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Proportion de jeunes rejoints	7,36 %, soit 111 714 jeunes	7,51 %, soit 113 241 jeunes	7,46 % *, soit 112 332 jeunes
Nombre moyen d'interventions par jeune	6,59	6,87	6,71 *

Objectif **Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) :**

- **12 jours calendrier pour les services d'évaluation (LPJ)**
- **30 jours calendrier pour l'application des mesures (LPJ)**
- **14 jours calendrier entre l'ordonnance et la prise en charge (LSJPA)**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	17,6	14,9	15,4 *
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	19,8	23,1	18,5 *
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	24,4	20,0	26,7 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visent les mères âgées de moins de 20 ans et celles âgées de 20 ans et plus qui vivent en situation d'extrême pauvreté. L'extrême pauvreté se définit par la sous-scolarisation et un revenu se situant sous le seuil de faible revenu. Pendant l'année 2007-2008, 57,8 % des femmes visées ayant accouché dans l'année ont été rejointes par le programme, ce qui représente une augmentation d'un peu plus de 1 % comparativement à 2006-2007.

Au cours des dernières années, la nécessité de redéfinir l'offre de services à cette clientèle, afin d'offrir les bons services, aux bonnes clientèles, au bon moment et de la bonne façon, a été à maintes reprises soulignée. Pour ce faire, des travaux ont été amorcés en 2007-2008. Ceux-ci visent à proposer des solutions appropriées en vue d'assurer la cohérence, la complémentarité et la continuité des services en périnatalité et en petite enfance. Il est donc important de poursuivre les efforts dans cette perspective et d'atteindre la cible de 80 % fixée pour 2010.

Les services jeunesse dans les centres jeunesse et les territoires locaux

Un changement notable est survenu pour les jeunes en difficulté au cours de l'exercice 2007-2008. En effet, des modifications importantes à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) sont entrées en vigueur le 9 juillet 2007. Ces modifications visent, entre autres, à mieux cibler les enfants qui ont besoin d'une intervention des services de protection de la jeunesse en vue de s'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'État dans la vie des familles.

Les modifications apportées à la Loi peuvent expliquer en partie la baisse de 8 %[4] des signalements retenus pour évaluation. Cette diminution semble avoir eu un effet favorable sur le délai d'attente à l'évaluation. En effet, les résultats montrent que le délai moyen a diminué de 2,2 jours pour l'ensemble du Québec pour se situer à 15,4, soit 3,4 jours au-dessus de la cible de 12 jours fixée pour 2010. Les données par région montrent que 7 centres jeunesse ont vu leur délai diminuer de plus de 3 jours, dont 2 de plus de 9 jours, alors qu'un centre jeunesse a vu son délai augmenter de 7 jours. Par ailleurs, 7 centres jeunesse ont déjà atteint la cible de 12 jours. Il s'agit du même nombre que lors de l'exercice précédent.

D'ici 2010, des efforts additionnels seront nécessaires afin d'atteindre la cible de 12 jours pour le délai à l'évaluation. À cette fin, le Ministère assure un suivi étroit auprès des régions ayant le plus de difficulté à respecter la cible fixée.

Le délai à l'application des mesures en protection de la jeunesse a diminué de 1,3 jour par rapport à l'exercice précédent pour se situer à 18,5 jours, ce qui est en deçà de la cible de 30 jours fixée pour 2010. Concernant les résultats par région, seulement 2 centres jeunesse n'atteignent pas la cible de 30 jours fixée pour 2010. Leur écart par rapport à la cible est de 5 et de 8 jours.

Les modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse semblent également avoir eu un effet sur les services de première ligne offerts par les CSSS, notamment en raison d'une nouvelle obligation du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) de diriger de façon personnalisée les enfants et leurs parents qui y consentent vers d'autres ressources du milieu lorsqu'ils ont besoin d'aide et que le Directeur n'intervient pas ou n'intervient plus dans leur situation.

Ainsi, le nombre de jeunes et leurs parents rejoints par les services de première ligne a augmenté de 618 par rapport à l'exercice précédent. Il est encourageant d'observer une augmentation constante de la clientèle rejointe. L'intensité des interventions a aussi quelque peu augmenté par rapport à l'exercice précédent. La cible n'est pas atteinte, mais l'objectif de sept interventions en moyenne fixé pour 2010 demeure réaliste et atteignable.

Les services offerts en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Les délais, entre le moment où une sanction est imposée au jeune contrevenant et le moment où ce dernier en subit les effets concrètement, doivent être réduits autant que possible dans un système pénal efficace. À ce titre, les résultats de l'exercice 2007-2008 montrent une légère augmentation de 2,3 jours du délai entre l'ordonnance et la première intervention significative par un délégué à la jeunesse comparativement à l'exercice précédent. Cependant, il est important de souligner que 10 centres jeunesse présentent un délai en deçà de la cible de 20 jours fixée pour 2007-2008 et que seulement 3 établissements dépassent de plus de 10 jours la cible fixée pour 2007-2008. Cette situation s'explique, notamment, par un problème de recrutement et de rétention de personnel par les centres jeunesse.

Par ailleurs, il faut noter que l'indicateur présente des limites et que des travaux visant à le parfaire sont en cours.

4. Données préliminaires.

Orientation : **Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire**

3.2.8 Les services de santé mentale

Objectif **Rejoindre 1,6 % de la population âgée de moins de 18 ans et 1,8 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les centres de santé et de services sociaux, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre d'enfants et de jeunes (moins de 18 ans) ayant bénéficié de ces services	6 483 **	Augmentation	8 747 *
Nombre d'adultes (18 ans et plus) ayant bénéficié de ces services	38 639 **	Augmentation	42 990 *
Nombre total de jeunes et d'adultes	45 122 **	55 920	51 737 *

Objectif **Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :**
- **en suivi intensif (56 personnes/100 000 habitants)**
- **en soutien d'intensité variable (190 personnes/100 000 habitants)**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus[1]	1 588	2 058	1 617 *
Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus[1]	3 396 **	5 390	3 376 *

Objectif **Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	2 310	Diminution	1 946 *
Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	3 126	Diminution	2 769 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

** Les données sont différentes de celles présentées dans le Rapport annuel de gestion 2006-2007, puisque la méthode de calcul de l'indicateur a changé pour 2007-2008.

1. On évalue le nombre de places par le nombre moyen d'usagers vus par période financière.

Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, le Ministère propose une organisation des services axée sur le renforcement des services de première ligne à rendre accessibles, en temps utile, pour les personnes à risque de présenter des troubles mentaux ou qui en présentent. Ces services de première ligne sont soutenus par des services spécialisés qui doivent être également accessibles en temps opportun afin d'assurer une qualité de services à la population.

Le Ministère vise à équilibrer l'offre de services actuelle, toujours nettement prépondérante sur le plan des services spécialisés, et à faire en sorte que 70 % des personnes qui nécessitent des soins pour un trouble mental puissent bénéficier d'une réponse adaptée à leurs besoins en première ligne en CSSS par rapport à 30 % des personnes qui nécessitent des services plus spécialisés de deuxième et de troisième lignes. Il vise également à ce que les acteurs se coordonnent dans le cadre d'une pratique de soins partagés.

Les services de première ligne

Les services de première ligne en santé mentale sont les principales voies d'accès au traitement et au soutien des personnes ayant des troubles mentaux, qu'ils soient modérés ou graves, transitoires ou persistants.

En 2007-2008, 8 747 jeunes ont reçu des services de première ligne en établissement, ce qui correspond à 0,6 % de la population de moins de 18 ans. Le nombre de personnes adultes ayant bénéficié de ces services est de 42 990, ce qui correspond à 0,7 % de la population adulte. Ces résultats indiquent une nette progression par rapport à 2006-2007, puisque 2 264 jeunes et 4 351 adultes de plus ont reçu des services. Au total, 51 737 personnes ont reçu des services, soit 6 615 de plus qu'en 2006-2007.

Avec la réalisation des projets cliniques et les récents investissements de cinq millions de dollars, l'implantation des équipes de première ligne en santé mentale intégrant des professionnels répondants qui travaillent dans le cadre d'une pratique de soins partagés ira en s'accentuant à travers la province, ce qui devrait permettre d'améliorer la performance et le degré d'atteinte des cibles visées.

Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable

Les services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable sont des services de proximité axés sur le rétablissement. Ils s'inscrivent comme les éléments structurants d'une gamme de services de soutien dans la communauté aux personnes qui ont un trouble mental grave, lequel peut constituer une source importante de détresse et d'incapacité fonctionnelle, sociale et physique.

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Community Treatment*, programme qui s'adresse aux personnes qui ont un trouble mental grave et dont l'état est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin.

Le soutien d'intensité variable offert selon le modèle *Case Management* s'adresse aux personnes qui ont un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. L'intervenant pivot qui offre à une même personne les services cliniques requis pendant une période prolongée de plusieurs mois, voire quelques années, assure un soutien aux personnes dont les besoins peuvent varier sensiblement en intensité d'une période donnée à une autre.

En 2007-2008, 1 617 places de suivi intensif ont été enregistrées dans les établissements. Le nombre de places en soutien d'intensité variable se situe quant à lui à 3 376. Les données recueillies n'incluent pas les places offertes en soutien d'intensité variable par les organismes communautaires, que l'on évalue à plus de 1 600. Si les résultats obtenus en nombre de places n'indiquent aucun changement significatif par rapport à 2006-2007, on enregistre une augmentation d'environ 125 équivalents temps complet (ETC) affectés à ces services. Considérant les investissements de dix millions de dollars qui ont été engagés par les établissements dans la plupart des régions seulement vers la fin de l'année financière, les résultats devraient s'améliorer pour 2008-2009.

L'accès au traitement spécialisé de deuxième ou de troisième ligne

À la fin de l'année 2007-2008, 1 946 jeunes et 2 769 adultes étaient en attente de services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale depuis plus de 60 jours. Ces résultats indiquent une diminution significative par rapport à 2006-2007, puisque 364 jeunes et 357 adultes de moins ont connu un délai d'accès supérieur à 60 jours. Au total, ce sont 721 personnes de moins qu'en 2006-2007 qui ont connu un délai d'accès supérieur à 60 jours.

Le renforcement des services de première ligne en santé mentale devrait améliorer le continuum de services et permettre d'intervenir de façon plus précoce auprès d'un plus grand nombre de personnes qui présentent des troubles mentaux, de prévenir ainsi les situations de crise et de faire en sorte que les services spécialisés et surspécialisés ne soient utilisés que par ceux qui en ont besoin. Une capacité accrue d'analyser des demandes de services et de suivre en soins partagés les personnes en première ligne aura pour conséquence de diminuer le nombre de références non justifiées aux services spécialisés.

Orientation : **Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience**

3.2.9 Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience physique :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes desservies présentant une déficience physique	39 515	42 657	38 874 *
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience physique	27,0	23,2	28,2 *

Objectif **Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante :**
- **en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies**
- **en maintenant ou en augmentant, selon les régions, le nombre moyen d'heures de prestation de services par personne**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes desservies ayant une déficience physique	71 982	72 762	76 971 *
Nombre moyen d'heures de prestation de services, tous âges et toutes déficiences confondus **	Ne s'applique pas	32,6	31,1 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

** Le nombre moyen d'heures de prestation de services est un indicateur en expérimentation. En conséquence, la cible et le résultat 2007-2008 reflètent uniquement le total pour les régions qui ont pris un engagement et transmis des informations.

Le soutien à domicile aux personnes présentant une déficience physique

Les services de soutien à domicile représentent un élément clé de l'offre de services destinés aux personnes présentant une déficience physique. En effet, ces services permettent aux personnes handicapées de demeurer chez elles, dans leur communauté, et de continuer d'exercer leurs rôles sociaux. Les résultats présentés sont constitués exclusivement des services offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). D'autres modalités de services à domicile sont également offertes, mais ne sont pas comptabilisées dans cet indicateur. Ainsi, cet indicateur donne une image incomplète du soutien aux personnes, car il ne tient pas compte des services rendus dans le cadre de l'allocation directe (chèque emploi-service) ni de ceux offerts par les entreprises d'économie sociale en aide domestique. Le portrait présenté sous-estime donc la situation. Un nouvel indicateur est en expérimentation et permettra, au cours de l'année financière 2008-2009, de recueillir de l'information sur l'ensemble des services rendus et de connaître le portrait global des efforts régionaux en matière de soutien à domicile aux personnes.

Ainsi, le nombre de personnes desservies en 2007-2008 est inférieur à la cible compte tenu des méthodes de comptabilisation et du choix de certaines régions de privilégier d'autres moyens que ceux retenus par l'indicateur actuel.

Toutefois, une augmentation du nombre moyen d'interventions par personne a été enregistrée, ce qui a permis de dépasser la cible 2007-2008 de près de 22 %.

Les services spécialisés aux personnes présentant une déficience physique

L'accessibilité et la disponibilité des services spécialisés de readaptation sont des éléments essentiels à l'actualisation des continuums de services destinés à la clientèle ayant une déficience physique. Les orientations ministérielles *Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique : objectifs 2004-2009* précisent que l'organisation des services doit rendre accessible le bon service, au bon moment et dans une intensité qui permet de répondre aux besoins de la personne à qui il est destiné.

Pour l'ensemble des déficiences regroupées, la cible 2007-2008 a été dépassée. Celle-ci était fixée à 72 762 personnes, alors que 76 971 personnes ont pu bénéficier de services spécialisés de réadaptation, ce qui correspond à une augmentation significative de 5,8 %.

Quant au nombre moyen d'heures de prestation de services, le résultat global présenté pour 2007-2008 est légèrement au-dessous de la cible fixée pour l'ensemble des déficiences confondues. Cependant, il a augmenté en déficience auditive, mais a diminué en déficience motrice ainsi qu'en déficience du langage et de la parole.

3.2.10 Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement :**

- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	10 912	9 934	11 428 *
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	11,3	11,1	10,7 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le soutien à domicile aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Les commentaires relatifs à l'offre de services, aux objectifs poursuivis et au portrait global des services offerts, présentés dans la section précédente portant sur le soutien à domicile en déficience physique, s'appliquent également dans la présente section.

La cible 2007-2008 relative au nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) soutenues à domicile par les CSSS a été largement dépassée. En effet, la cible était fixée à 9 934 personnes, alors que le résultat atteint est de 11 428, ce qui équivaut à un dépassement de 15 %. Par contre, le nombre moyen d'interventions par personne a diminué par rapport à 2006-2007. Ainsi, le résultat 2007-2008 est inférieur à la cible de 3,5 %.

Orientation : **Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique**

3.2.11 Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance

Objectif **Maintenir ou accroître progressivement, selon les territoires locaux, pour les personnes susceptibles de faire une demande de service, l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanies (ex. : *Alcochoix +*)**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Proportion de CSSS offrant le programme *Alcochoix +*	35 %, soit 33 territoires locaux sur 95	Implantation progressive du programme	48 %, soit 46 territoires locaux sur 95

Objectif **Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés)**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre de joueurs traités par ces services	5 674	6 150	5 178 *

Objectif **Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre de jeunes ayant été détectés, évalués et référés par un mécanisme d'accès	4 191	4 093	4 759 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Le programme *Alcochoix +*

Le programme d'intervention brève en consommation abusive d'alcool *Alcochoix +* s'adresse aux personnes de 18 ans et plus préoccupées par leur consommation d'alcool et désirant modifier leurs habitudes. Ainsi, on aide ces personnes à diminuer leur exposition aux risques associés à leur consommation d'alcool. Reposant sur une approche motivationnelle, le programme permet d'orienter des personnes vers des services spécialisés, notamment en présence d'une dépendance ou d'autres problèmes de toxicomanie.

En 2007-2008, plusieurs actions ont été accomplies dans le but de favoriser l'implantation du programme *Alcochoix +*. Parmi ces dernières, il est possible de noter l'offre d'une formation pour les régions intéressées de même que la production et la diffusion de nouveaux outils de promotion et d'un guide d'implantation pour les gestionnaires et les intervenants des agences et des centres de santé et de services sociaux (CSSS).

En 2006-2007, on notait une diminution du nombre de CSSS offrant le programme, ce qui s'expliquait en partie par le départ des intervenants formés à cet effet vers d'autres secteurs d'activité. En 2007-2008, plusieurs régions ont intensifié l'implantation d'*Alcochoix +* tel que prévu. Ainsi, on observe une augmentation du nombre de CSSS qui offrent le programme dans 13 régions du Québec, totalisant 69 points de service.

Les services spécialisés aux joueurs pathologiques

Au Québec, il est estimé qu'environ 1,7 % de la population a des problèmes de jeu, soit 0,9 % de joueurs à risque et 0,8 % de joueurs pathologiques probables.

Le nombre de joueurs traités en 2007-2008 est de 5 178, ce qui représente une baisse de 496 joueurs par rapport à 2006-2007. Rappelons qu'entre 2003-2004 et 2005-2006, le nombre de joueurs traités avait connu une augmentation de 29 %, passant de 4 793 à un maximum de 6 201 joueurs. Les facteurs permettant d'expliquer les baisses observées au cours de 2006-2007 et de 2007-2008 demeurent à préciser. Cependant, il est possible de noter qu'une diminution des revenus liés aux appareils de loterie vidéo (ALV) a été enregistrée au cours de ces années. Ce type de jeu est parmi les plus susceptibles d'entraîner la dépendance.

Par ailleurs, le Ministère a rendu publique en novembre 2007 l'*Offre de service en dépendances 2007-2012*, qui prévoit des orientations visant à renforcer la détection des personnes ayant des problèmes de jeu excessif par les CSSS et leur accès aux services spécialisés.

Les services spécialisés aux jeunes présentant un problème de toxicomanie

Les jeunes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie représentent une clientèle importante à rejoindre, afin de contribuer à prévenir une détérioration de leur situation. Ainsi, chaque région du Québec doit s'assurer de mettre en place les moyens permettant de cibler des jeunes de moins de 18 ans ayant besoin d'une évaluation et d'une éventuelle référence vers des services spécialisés en toxicomanie.

En 2007-2008, le nombre de jeunes détectés, évalués et dirigés vers des services spécialisés a augmenté de 13,5 % comparativement à 2006-2007. La cible prévue est à nouveau dépassée cette année.

Orientation : **Assurer des services de santé et des services sociaux adaptés aux particularités des communautés crie et inuite**

3.2.12 Les services à la communauté crie

Objectif **Mettre en œuvre le Plan stratégique et de bien-être du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, tel qu'il a été convenu dans l'entente intervenue entre le gouvernement du Québec et les Cris. À ce sujet, il faut s'assurer que, chaque année, le Conseil produit son plan d'action annuel avec les indicateurs de résultats appropriés**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action annuel déposé	Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action annuel déposé

Le dépôt du plan d'action annuel du Conseil Cri de la santé et des services sociaux, en décembre 2007, s'inscrit dans la foulée de la mise en œuvre de son *Plan stratégique 2004-2009*.

Depuis 2005, le Conseil concentre ses efforts à l'amélioration et au déploiement des infrastructures dans chacun des neuf villages afin de concrétiser son plan stratégique.

Selon le Conseil, l'accès aux services d'un centre multiservice construit dans les neuf villages et destiné à la clientèle en perte d'autonomie ou présentant des déficits cognitifs est considéré comme satisfaisant.

Le suivi des résultats du plan d'action annuel est discuté au cours des rencontres du comité conjoint MSSS-Cris mis sur pied pour assurer le suivi de l'entente de mise en œuvre du chapitre 14 de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Les travaux de définition des indicateurs de résultats appropriés à la réalité de la région crie se poursuivent.

3.2.13 Autres résultats

Objectif **Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services infirmiers et psychosociaux généraux :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes desservies par les services infirmiers	555 276	ND	535 948 *
Nombre moyen d'interventions par personne pour les services infirmiers	2,80	ND	2,85 *
Nombre de personnes desservies par les services psychosociaux	61 746	63 515	61 381 *
Nombre moyen d'interventions par personne pour les services psychosociaux	3,74	3,96	3,68 *

Objectif **Implanter les services de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vivant à domicile dans tous les territoires locaux, tel que défini dans le cadre de référence ministériel**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	78,1 %	Augmentation	80,2 %

Objectif **Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées :**

- **en soins infirmiers et d'assistance à un niveau de 3 heures travaillées par jour-présence en 2010**
- **en services professionnels pour atteindre 0,23 heure travaillée par jour-présence en 2010 (nutrition clinique, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, etc.)**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	3,02	3,01	3,06 *
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,21	0,22	0,23 *

Objectif **Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	5 875	6 185	6 017 *
Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	11 469	11 744	12 191 *

Objectif **Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, en augmentant de 5 % le nombre de personnes desservies**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de personnes différentes ayant reçu ces services	Ne s'applique pas	877	1 004 *
Nombre moyen d'heures de prestation de services par enfant de 6 ans et moins	Ne s'applique pas	2,34	2,05 *

Objectif **Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du comportement en augmentant le nombre d'enfants desservis**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'ICI	764	765	802 *

Objectif **Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes desservies âgées de 6 ans et plus**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre de personnes de 6 ans et plus recevant ces services	4 200	4 069	4 927 *

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

ENJEU

3.3 L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : **Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

3.3.1 La qualité et la prestation sécuritaire des services

Objectif **Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Proportion d'établissements qui participent au système d'hémovigilance	ND	100 %	97,6 %
Proportion d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	95 %	100 %	95 %

Objectif **Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Taux d'infections nosocomiales qui font l'objet d'un programme de surveillance provinciale :			
• Taux de diarrhée associée au *Clostridium difficile* /10 000 patients-jours	8,9	Diminution	7,3 *
• Bactériémies sur cathéters centraux/ 1 000 jours-cathéters :		Diminution	
- Soins intensifs adultes universitaires	2,16		1,81 *
- Soins intensifs adultes non universitaires	1,47		1,27 *
- Soins intensifs pédiatriques	2,68		2,79 *
- Soins intensifs néonatals	4,25		5,50 *
• Bactériémies à *Staphylococcus Aureus* (SA) et à *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline (SARM)	26 % des souches de SA sont résistantes à la méthicilline (SARM)[1]	Diminution	24 % des souches de SA sont résistantes à la méthicilline (SARM)[1]*
Proportion des établissements ayant atteint le ratio d'infirmières ETC en prévention des infections nosocomiales		100 % des CHSGS : -1 ETC/107 lits (CHU, CAU, IU)	81,7 % - 50 % avec 1 ETC ou plus/ 107 lits - 50 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/107 lits
		-1 ETC/133 lits (sans désignation universitaire)	- 86 % avec 1 ETC ou plus/ 133 lits - 10,5 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/133 lits
		100 % des CHSLD : 1 ETC/300 lits	66,7 % - 66,7 % avec 1 ETC/300 lits - 6,7 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/300 lits

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

1. L'année de référence porte sur l'année civile, soit du 1er janvier au 31 décembre 2006 et du 1er janvier au 31 décembre 2007.

Déclaration des incidents et accidents transfusionnels

L'hémovigilance est un système de surveillance épidémiologique des effets indésirables associés à l'utilisation des produits sanguins et de remplacement. Elle contribue à assurer une sécurité optimale du système du sang. La déclaration au système d'hémovigilance se fait au moyen d'un formulaire, soit le rapport d'incident-accident transfusionnel.

La presque totalité des établissements concernés participent au système d'hémovigilance (83/85). Parmi ceux-ci, 74 ont déclaré des incidents ou des accidents associés à la transfusion en 2007-2008.

L'an prochain, tous les établissements concernés devraient participer au système de déclaration des incidents et accidents transfusionnels (100 %).

Les mesures pour assurer la prestation sécuritaire des services dans les établissements

Le taux d'établissements ayant demandé l'agrément de leurs services à un organisme reconnu avoisine les 95 %. Avec la collaboration des agences, des démarches personnalisées seront effectuées pour que tous les établissements respectent cette obligation essentielle et légale, à savoir que leurs services doivent faire l'objet d'un agrément tous les trois ans. Cette périodicité contribue au développement et au maintien d'une culture d'excellence dans la prestation des services et dans la gestion de leur qualité.

Les infections nosocomiales

Les taux d'infections nosocomiales

Les systèmes d'information sont récents et rendent difficile la comparaison des données avec celles des années antérieures. Il s'agit de systèmes en évolution, et les installations participantes sont ciblées en fonction de critères particuliers.

Concernant le *Clostridium difficile* (C. difficile), 94 installations de courte durée participent à ce programme obligatoire. Les taux atteints à partir de la période 5 de l'année 2007-2008 sont les plus bas depuis la mise en place du système de surveillance en 2004.

Les résultats préliminaires de la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux dans 55 unités de soins intensifs pour l'année 2007-2008 révèlent une légère diminution des taux dans les secteurs adultes. L'augmentation observée pour le secteur de la pédiatrie n'est pas statistiquement significative, alors qu'elle l'est pour le secteur de la néonatologie. Ces taux seront suivis de près au cours des prochaines années.

Pour ce qui est des bactériémies à *Staphylococcus* résistants à la méthicilline (SARM), la baisse observée n'est pas significative par rapport à l'année 2006. Cependant, lorsque l'on compare sur plusieurs années, on observe une baisse significative. Actuellement, 84 installations participent à ce programme obligatoire.

Par ailleurs, d'autres programmes peuvent être mis en place localement afin de suivre ou analyser des problématiques particulières.

Les infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales

Selon les études, la lutte pour la prévention des infections nosocomiales nécessite l'application de conditions essentielles. En effet, 30 % des infections nosocomiales sont évitables si ces conditions sont appliquées, notamment l'attribution de ressources humaines suffisantes. À ce sujet, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit qu'en 2010, les ratios recommandés d'infirmières assignées à la prévention et au contrôle des infections seront atteints pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ainsi que pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces ratios sont les suivants :

- 1 infirmière ETC pour 100 lits dressés en CHSGS ayant une désignation de centre hospitalier universitaire (CHU), de centre affilié universitaire (CAU) ou d'institut universitaire (IU) ;
- 1 infirmière ETC pour 133 lits dressés en CHSGS sans désignation universitaire ;
- 1 infirmière ETC pour 250 lits dressés en CHSLD.

Il s'agit de ratios recommandés par le Comité des infections nosocomiales du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec, de même que par la Table nationale de prévention des infections nosocomiales du Ministère.

Pour atteindre ces ratios en 2010, tous les établissements concernés devaient atteindre en 2007-2008 les cibles suivantes :

- 1 infirmière ETC pour 107 lits dressés en CHSGS ayant une désignation CHU, CAU ou IU ;
- 1 infirmière ETC pour 133 lits dressés en CHSGS sans désignation universitaire ;
- 1 infirmière ETC pour 300 lits dressés en CHSLD.

Les résultats observés montrent que 82 % des CHSGS avec ou sans désignation universitaire et 67 % des CHSLD ont atteint la cible qui leur avait été fixée en 2007-2008.

Le défi du réseau de la santé et des services sociaux consiste à s'assurer de la progression de ces ratios malgré l'importante sollicitation des infirmières dans les établissements pour répondre à de multiples besoins de santé.

3.3.2 La traçabilité des produits sanguins

Objectif **Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Taux de traçabilité des produits sanguins	98,8 %	100 %	99,4 %

La traçabilité des produits sanguins est la capacité d'identifier les receveurs réels de chaque composant délivré et, inversement, d'identifier tous les donneurs du sang ayant joué un rôle dans l'administration du produit sanguin ou dérivé à un patient donné. La traçabilité permet de retrouver et de retirer rapidement les produits contaminés ou encore d'intervenir auprès des patients qui ont reçu des produits potentiellement contaminés. En milieu hospitalier, la traçabilité est assurée lorsqu'on peut retracer le produit sanguin jusqu'à sa destination finale (transfusion, transformation, destruction, etc.). Le taux de traçabilité représente le nombre de produits retracés par rapport au nombre de produits gérés par l'établissement.

Le taux de traçabilité des produits sanguins a légèrement augmenté au cours de l'exercice 2007-2008. La majorité des établissements ont maintenu un taux de traçabilité de 100 % ou de presque 100 %. Cependant, sept établissements (7/85) ont eu un taux de traçabilité se situant entre 90,9 % et 98,7 %. Ces établissements peuvent avoir de la difficulté à assurer la qualité de leurs données. La nouvelle version de l'outil informatique utilisé en banque de sang devrait permettre aux établissements de fournir des données exactes, ce qui devrait se traduire par une hausse du taux de traçabilité global. Toutefois, des retards lors du déploiement de ce nouvel outil ont empêché sa mise en disponibilité. Cette nouvelle version étant actuellement en déploiement, tous les établissements auront accès à l'outil d'extraction en 2008-2009.

Orientation : **Favoriser l'intégration et la cohérence des actions en matière de médicaments afin d'assurer notamment la viabilité et la pérennité du Régime général d'assurance médicaments**

3.3.3 Les médicaments

Objectif **Adopter et mettre en œuvre une politique du médicament**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Adoption d'une politique du médicament en 2005-2006 et évolution de sa mise en œuvre	Publication de la *Politique du médicament* le 1er février 2007	Mise en œuvre de la *Politique du médicament*	Implantation progressive de la *Politique du médicament*

Objectif **Maintenir, par l'entremise du Régime général d'assurance médicaments, un accès économique raisonnable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes en suivant l'évolution de la part du revenu consacrée à l'achat de médicaments**[1]

1. En raison de la disponibilité des données, les résultats relatifs au maintien d'un accès économique raisonnable aux médicaments ne sont produits que pour 2004 et 2005. L'information disponible se retrouve dans les pages suivantes.

La mise en œuvre de la Politique du médicament

Le 1er février 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux rendait publique la *Politique du médicament*. Cette politique, unique en Amérique du Nord par son envergure et le degré d'intégration de ses composantes, comporte quatre axes principaux, soit (1) l'accessibilité aux médicaments, (2) l'établissement d'un prix juste et raisonnable des médicaments, (3) l'usage optimal des médicaments et (4) le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique au Québec. La mise en œuvre des 29 orientations de cette politique doit s'effectuer sur une période de trois ans.

Parmi les principaux gestes posés au cours de l'exercice 2007-2008 pour favoriser l'accessibilité aux médicaments, mentionnons :

- l'octroi de la gratuité des médicaments, le 1er juillet 2007, dans le cadre du régime public, à 250 000 prestataires de l'assistance-emploi sans contrainte sévère à l'emploi et à 30 000 personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent une prestation partielle du Supplément de revenu garanti (SRG) représentant au moins 94 % du montant maximal ;
- un accès facilité à 82 médicaments d'exception, puisque depuis le 25 avril 2007 les prescripteurs peuvent recourir à un code au lieu de remplir un formulaire ;
- la mise en œuvre, depuis le 18 avril 2007, d'un mécanisme administratif permettant de modifier plus rapidement la Liste de médicaments pour les cas de routine. Également, depuis cette date, la diffusion officielle des listes de médicaments du Régime général d'assurance médicaments et des établissements s'effectue par l'intermédiaire du site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec ;
- la publication sur le site Internet du Conseil du médicament, depuis le 6 septembre 2007, du plan de travail de cet organisme relativement à l'évaluation des médicaments en vue d'une éventuelle inscription sur la Liste de médicaments.

Pour favoriser l'établissement d'un prix juste et raisonnable des médicaments, l'abolition de la politique de non-augmentation de prix, le 18 avril 2007, s'est accompagnée de la mise en œuvre d'un ensemble de balises pour encadrer le prix des médicaments. Ainsi, le taux maximal d'indexation est établi en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation. De plus, pour bénéficier d'une hausse de prix, les fabricants de médicaments innovateurs doivent avoir conclu une entente de contribution financière pour atténuer l'incidence de la hausse de prix pour le régime public et ses assurés. En outre, de nouvelles balises s'appliquent au prix des médicaments génériques, depuis le 1er février 2008, ce qui entraîne une diminution de l'ordre de 14 % du prix de ces produits. Quant à la marge bénéficiaire maximale des grossistes, elle a été ramenée de 9 % à 6 % depuis le 22 février 2008.

Par ailleurs, en juillet 2007, le Conseil du médicament a informé les fabricants qu'il pourrait dorénavant procéder à l'évaluation prioritaire de médicaments pour des motifs économiques.

Au chapitre de l'usage optimal des médicaments, on retiendra d'abord la formation d'une nouvelle table de concertation du médicament sous la responsabilité du Conseil du médicament.

Le 4 novembre 2007, un nouvel encadrement réglementaire est entré en vigueur pour définir les avantages qui peuvent être consentis par les fabricants de médicaments de même que les avantages qui sont autorisés aux pharmaciens propriétaires. Ces avantages doivent servir, à l'intérieur de la pharmacie, à financer des activités et des services au bénéfice de la population.

Le maintien d'un accès économique raisonnable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes

La Loi sur l'assurance médicaments, adoptée en juin 1996, précise que le Régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

Pour mesurer l'atteinte des objectifs en matière d'accessibilité économique, deux indicateurs ont été définis dans le *Plan stratégique 2005-2010*. En raison de la disponibilité des données, les deux résultats n'ont pu être produits que pour 2004 et 2005. La mesure des deux indicateurs a porté sur les 2,6 millions de personnes assurées par le régime public considérées comme « adultes », c'est-à-dire en excluant les enfants de même que, dans certaines conditions, les étudiants âgés de 18 à 25 ans qui sont regroupés, aux fins du régime public, avec les enfants. Ainsi, entre ces deux années, on observe :

- une légère augmentation du pourcentage d'adultes assurés au régime public qui consacrent 5 % ou plus de leur revenu à l'achat de médicaments inscrits sur la Liste de médicaments (contribution à l'achat et prime), soit de 3,9 % à 4,4 % ;
- une très légère hausse de la part du revenu des assurés adultes par le régime public d'assurance médicaments qui est consacrée à l'achat de médicaments inscrits sur la Liste de médicaments. Ainsi, la proportion médiane passe de 1,6 % à 1,7 %. En moyenne, les assurés adultes avaient à dépenser environ 25 $ de plus en 2005 par rapport à 2004 pour l'achat de médicaments inscrits sur la Liste.

En raison des limites inhérentes à la mise en commun de données provenant de sources différentes, il convient de considérer ces résultats comme un ordre de grandeur plutôt que comme une mesure précise.

Il convient aussi de rappeler que le 1er juillet 2005, la gratuité des médicaments a été élargie dans le cadre du régime public à 45 000 personnes âgées de 65 ans et plus recevant la prestation maximale du Supplément de revenu garanti (SRG). À ce nombre s'ajoutent 280 000 assurés à faible revenu, dont il a été question précédemment, et qui ont obtenu la gratuité le 1er juillet 2007. Au total, la gratuité des médicaments a ainsi été étendue à 325 000 personnes de plus depuis 2005.

Orientation : Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer

3.3.4 L'information à la population

Objectif **Informer la population sur son état de santé et de bien-être par la diffusion du rapport du directeur national de santé publique**

Indicateur	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Diffusion du rapport	Diffusion du rapport du directeur national de santé publique	Diffusion du troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*

Objectif **Rendre accessible aux citoyens et aux intervenants un ensemble intégré de ressources d'information, dont un Portail Santé sur Internet**

Indicateur	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre de consultations du site Web	ND	224 163

Objectif **Poursuivre la réalisation des campagnes sociétales nécessaires au succès des actions de promotion de la santé et de prévention sur les thèmes prioritaires choisis par le Ministère, notamment sur :**

- **le bon usage du médicament**
- **l'usage du tabac et les mesures concernant la Loi sur le tabac**
- **l'estime de soi chez les jeunes**
- **les dépendances (alcool, drogues et jeu)**
- **la santé mentale**
- **le Programme québécois de dépistage du cancer du sein**
- **les saines habitudes de vie (Vas-y, fais-le pour toi !)**
- **les ITSS et le sida**
- **la vaccination contre l'influenza**

Indicateur	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Réaliser les objectifs fixés pour chacune des campagnes	Réalisation de campagnes qui auront le potentiel de changer les comportements : message clair, perception des personnes exposées, etc.	Voir le texte pour les résultats de chacune des campagnes 2007-2008

Le rapport du directeur national de santé publique

Le troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans* a été lancé en novembre 2007 à l'occasion des Journées annuelles de santé publique. Ce rapport, prévu par la Loi sur la santé publique, a été préparé conjointement par le Ministère et l'Institut national de santé publique du Québec.

Il expose, dans un langage clair et bien vulgarisé, les connaissances scientifiques récentes concernant les liens étroits entre la pauvreté et l'état de santé de la population, et souligne en particulier les répercussions à long terme de la pauvreté vécue durant les premières années de la vie. Plus d'une centaine d'indicateurs y sont analysés pour dresser un portrait des écarts de santé dus à la pauvreté chez les jeunes, tant sur le plan de la santé physique que de la santé mentale, du développement et de l'adaptation sociale. Le rapport analyse aussi la pauvreté des familles avec enfants au Québec et la compare à celle observée dans les autres provinces canadiennes et dans plusieurs pays industrialisés. Certaines conclusions du rapport du directeur national de santé publique sont présentées dans la partie 2.1 du présent document.

Depuis la parution du rapport, 1 150 exemplaires et 3 000 signets promotionnels ont été distribués. Il est possible de consulter le document à partir du site Internet du Ministère et de celui de l'Institut national de santé publique du Québec. Au 31 mars 2008, 3 817 consultations de ce dernier avaient été enregistrées.

Le Portail Santé

Le *Guide Santé* est en ligne depuis novembre 2006. Pendant l'année 2007-2008, le Ministère a continué à diffuser à la population québécoise une information santé fiable. Le *Guide Santé* est uniquement disponible en version électronique, ce qui permet une mise à jour constante des informations. Le nombre total de 224 163 consultations du *Guide Santé* sur le portail gouvernemental de services démontre l'intérêt de la population pour une information sur la santé et la facilité d'accès à cette information pour un grand nombre de personnes. Au cours de l'année 2007-2008, des travaux de bonification substantiels du *Guide Santé* ont été faits, tels qu'une nouvelle section consacrée aux médicaments.

Les campagnes sociétales

Les effets des campagnes sur les comportements ne sont observables que sur une longue période. Les évaluations effectuées ont donc porté sur leur capacité à mener aux changements souhaités. Des indicateurs sur le matériel produit, tels que la clarté du message, l'intention, la perception et l'attitude des personnes exposées, permettent de pressentir la capacité des campagnes à modifier les comportements dans les mois et les années qui suivent. Les résultats obtenus proviennent d'études menées sur les thèmes suivants par des firmes de recherche-marketing mandatées à cet effet :

Campagnes	Constats
• Bon usage du médicament • Usage du tabac et mesures concernant la Loi sur le tabac • Dépendances (alcool, drogues et jeu) • Santé mentale • Programme québécois de dépistage du cancer du sein • ITSS et le sida • Vaccination contre l'influenza	Les messages ont été bien compris et appréciés par les différentes clientèles visées. L'attitude a été favorable aux comportements préventifs souhaités chez les personnes exposées.
• Promotion de saines habitudes de vie	Cette campagne a été évaluée par les autorités du ministère responsable, soit le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
• Estime de soi chez les jeunes	35 % des francophones de 14-24 ans ont été rejoints par la publicité. La compréhension du message et l'appréciation générale sont inférieures aux attentes chez les personnes exposées.

Orientation : **Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées**

3.3.5 Les effectifs médicaux

Objectif **Assurer un niveau d'atteinte de 80 % des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et en médecine spécialisée**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Niveau d'atteinte des PREM (recrutement de nouveaux facturants) en médecine de famille par catégorie de régions[1]	88 % en régions éloignées 102 % en régions intermédiaires 100 % en régions périphériques 104 % en régions universitaires	80 % des postes pour les nouveaux omnipraticiens autorisés par le PREM de chacune des régions du Québec	54 % en régions éloignées 95 % en régions intermédiaires 93 % en régions périphériques 100 % en régions universitaires
Niveau d'atteinte des PREM (recrutement pour tous les postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de régions[1]	78 % en régions éloignées 85 % en régions intermédiaires 92 % en régions périphériques 97 % en régions universitaires	80 % des postes pour les nouveaux spécialistes autorisés par le PREM de chacune des régions du Québec	79 % en régions éloignées 85 % en régions intermédiaires 92 % en régions périphériques 97 % en régions universitaires

Objectif **Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre de permis restrictifs émis par le Collège des médecins du Québec pour combler des besoins cliniques	15	ND	19
Nombre de Québécois diplômés hors du Canada et des États-Unis admis en résidence annuellement	60	ND	58

1. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord ainsi que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.
Les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais.
Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.
Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accès aux soins de santé ; le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) vise à assurer une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services ;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Les médecins omnipraticiens

Les données préliminaires indiquent que l'objectif du niveau d'atteinte de 80 % des PREM en médecine générale en 2008 a été atteint dans toutes les catégories de régions à l'exception des régions éloignées. Les résultats devraient s'améliorer en cours d'année pour ces dernières.

Le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, devront continuer à offrir des mesures incitatives non seulement pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi pour favoriser une meilleure répartition intrarégionale.

Les médecins spécialistes

Pour les PREM 2008 en médecine spécialisée, toutes les régions ont atteint leur cible, à l'exception des régions éloignées, dont le niveau d'atteinte est de 79 % (pour une cible de 80 %).

Il faut mentionner que la gestion rigoureuse des PREM, particulièrement dans les régions universitaires, a entraîné une amélioration de l'installation de médecins spécialistes dans les spécialités de base dans les autres régions.

La mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé devrait favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

L'accélération du phénomène de vieillissement des médecins spécialistes affecte particulièrement les régions urbaines comme Montréal, Québec et leur périphérie, où une hausse importante de l'attrition est observée. Cette situation pourrait compromettre l'atteinte des objectifs en matière de répartition équitable des effectifs médicaux spécialisés, puisque le mode de gestion actuel des PREM en médecine spécialisée prévoit le remplacement systématique de tous les départs dans un établissement.

Les admissions en médecine

La politique doctorale doit favoriser, à moyen et à long terme, l'arrivée sur le marché du travail d'un nombre suffisant de nouveaux médecins pour prendre la relève des personnes qui quittent la profession et pour répondre aux nouveaux besoins de la population.

Les admissions doctorales régulières en médecine ont été augmentées de façon importante au cours des dernières années, passant de 406 en 1998-1999 à 772 en 2006-2007, afin de répondre à l'augmentation des besoins de la population. En 2007-2008, ce nombre a été maintenu.

L'intégration professionnelle des diplômés en médecine hors du Canada et des États Unis

L'intégration professionnelle des médecins diplômés à l'étranger constitue une préoccupation constante du Ministère. Cette intégration vise autant les médecins recrutés à l'extérieur pour combler des besoins cliniques surtout en régions non universitaires (avec permis restrictif de pratique) que ceux ayant déjà un statut d'immigrant reçu (ou de citoyen canadien) qui ont obtenu une équivalence de diplôme du Collège des médecins du Québec (CMQ) et qui souhaitent obtenir une place de résidence en médecine, en vue d'obtenir un permis régulier de pratique.

En ce qui concerne la première catégorie, le nombre de permis restrictifs émis par le Collège des médecins du Québec à des diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) est passé de 15 en 2006-2007 à 19 en 2007-2008. L'amélioration des processus et l'augmentation des ressources à Recrutement Santé Québec laissent entrevoir des résultats encore plus intéressants en 2008-2009.

Pour la deuxième catégorie, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, en collaboration avec le Ministère, a mis en place diverses mesures afin d'aider les Québécois DHCEU à réussir les examens menant à l'équivalence de diplôme du Collège des médecins du Québec. Ces médecins doivent par la suite obtenir une place de résidence dans une faculté de médecine. Les admissions des Québécois DHCEU, dans le contingent régulier et le contingent particulier, sont passées de 5 en 2002-2003 à 60 en 2006-2007, puis à 58 en 2007-2008. Enfin, un groupe de travail a été mis en place en janvier 2008 pour favoriser l'intégration professionnelle des DHCEU qui sont candidats au permis régulier de pratique de la médecine.

Les mesures incitatives

Des avantages financiers négociés et non négociés sont offerts aux médecins qui souhaitent pratiquer la médecine dans certains territoires du Québec. Ces avantages sont des bourses de formation, des primes d'installation, des primes de maintien, une rémunération différenciée, des frais de sorties, etc. Les mesures non négociées sont gérées par le Comité interrégional sur les effectifs médicaux en régions désignées, qui est formé de représentants des territoires désignés et du Ministère. Le budget annuel est de sept millions de dollars.

L'octroi de bourses à des étudiants et résidents en médecine lié à un engagement de pratique en territoires désignés est une autre mesure efficace pour favoriser l'installation de médecins en région. Le nombre de bourses de la Régie de l'assurance maladie du Québec a augmenté de façon importante depuis le début des années 2000, passant d'environ 40 à 83 en 2006-2007. On a observé un fléchissement en 2007-2008 (57 bourses). Les données n'incluent pas les récipiendaires de bourses de formation spécialisée.

La formation médicale décentralisée

L'accomplissement de stages de formation médicale hors des milieux universitaires est reconnu comme un autre facteur favorisant l'installation des médecins en région. Ainsi, le Conseil des ministres recommandait d'atteindre un pourcentage significatif de stages en région, soit entre 10 % et 15 % dans les programmes spécialisés, et entre 30 % et 35 % dans les programmes de médecine familiale, par rapport à l'ensemble des stages de formation effectués par les résidents.

Pour atteindre cet objectif, trois actions ont été entreprises dans les dernières années :

- la mise sur pied de campus satellites (Trois-Rivières et Saguenay) afin d'accueillir des étudiants en médecine pour leur formation doctorale ;
- la création et la consolidation d'unités de médecine familiale régionales (UMF) pour permettre l'accueil de plus de résidents en médecine familiale en région ;
- la consolidation de la formation en région, à l'externat ainsi qu'à la résidence en médecine familiale et dans les spécialités de base, par l'élaboration du Programme de formation médicale décentralisée. Ce programme soutient les stages effectués dans l'ensemble des régions non universitaires, tout en favorisant les stages en région éloignée et isolée.

Le nombre de mois de stages financés par le Programme de formation médicale décentralisée a plus que doublé de 2004-2005 à 2007-2008. Le financement lié à ce programme représente des dépenses de près de 11 millions de dollars par année actuellement. À ce budget s'ajoutent les sommes liées au développement et au fonctionnement des UMF ainsi que des campus satellites.

3.3.6 Le personnel du réseau

Objectif **Soutenir l'implantation de 75 infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie, en néphrologie et en néonatologie de même qu'en soins de première ligne**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2009-2010	Résultats 2007-2008
Nombre d'IPS candidates exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux ou en stage de formation	7	13	11
Nombre d'IPS exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux	17	37	27

Objectif **Identifier les problématiques de main-d'œuvre, selon les secteurs d'activités, à l'échelle nationale**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Monitorage réalisé	Monitorage continu des besoins de main-d'œuvre	Monitorage réalisé

Objectif **Améliorer la gestion de la présence au travail**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2009-2010	Résultat 2007-2008
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,80 %	5,74 %	5,75 % *

Objectif **Négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités de l'établissement, selon les orientations ministérielles en matière de négociations locales**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Nombre et pourcentage de conventions collectives négociées avec ou sans médiation	Ne s'applique pas	Signature des conventions collectives sur le plan local	689 (82 %)
Nombre et pourcentage de conventions collectives négociées avec arbitrage	Ne s'applique pas	Signature des conventions collectives sur le plan local	19 (2 %)

* Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Soutien à l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées

L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) donne, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux dans un domaine de spécialité (cardiologie, néonatologie et néphrologie).

En 2007-2008, 27 infirmières praticiennes pratiquaient dans le réseau de la santé et offraient des services aux patients ainsi qu'à leur famille en partenariat avec les médecins spécialistes. De plus, 11 infirmières sont actuellement soit en stage de formation dans les établissements ou pratiquent à titre d'IPS candidates.

Pour soutenir l'implantation de cette fonction, le Ministère a mis en place un programme d'intéressement comportant une bourse d'études et une subvention aux établissements qui embauchent une IPS. En 2007-2008, 1,2 million de dollars a été octroyé pour soutenir les étudiantes et les établissements.

L'infirmière praticienne en soins de première ligne

En août 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux a adopté la réglementation qui permettra à des infirmières de pratiquer à titre d'IPS en soins de première ligne. Certaines infirmières, ayant obtenu leur diplôme d'IPS en soins de première ligne dans une autre province ou dans un autre pays, pourront pratiquer au Québec après avoir obtenu leur équivalence de diplôme du comité de formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

De plus, pour encourager davantage les infirmières à se diriger vers la profession d'IPS, le programme d'intéressement a été bonifié en ce qui a trait à la bourse d'études. Celle-ci est passée de 30 000 $ à 60 000 $. Le Ministère rend ce programme d'intéressement accessible à 115 futures étudiantes pour un montant total de 13 millions de dollars.

Les besoins de main-d'œuvre par profession

Le Ministère poursuit un monitorage continu des besoins de main-d'œuvre en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. En 2007-2008, les infirmières, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les technologues en radio-oncologie, les pharmaciens, les technologistes médicaux, les technologues en radiodiagnostic, les technologues en médecine nucléaire, les inhalothérapeutes et les techniciens en électrophysiologie médicale ont continué de faire l'objet d'un suivi particulier.

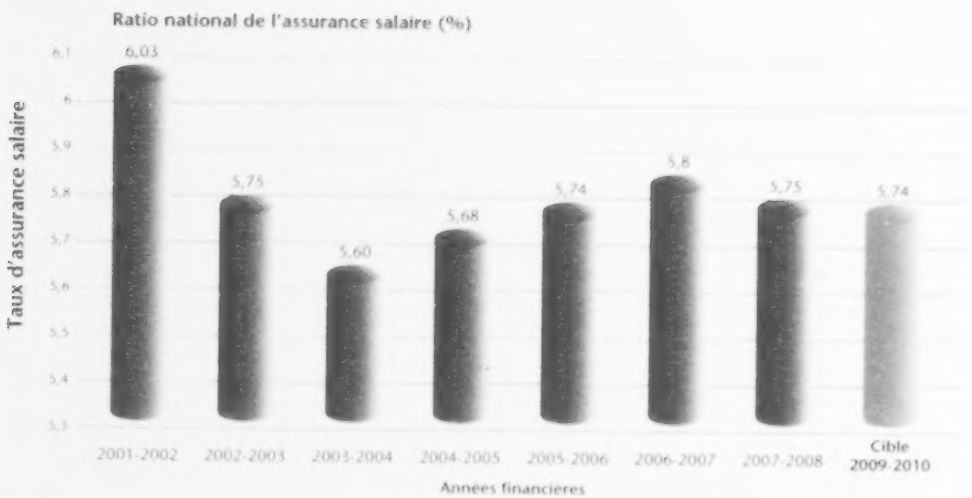
Parmi les professions les plus touchées par une pénurie, la mise à jour des besoins de main-d'œuvre montre, d'une part, une légère amélioration de la situation chez les ergothérapeutes et les technologues en radiodiagnostic. D'autre part, on observe une légère détérioration de la situation chez les infirmières, les pharmaciens d'établissements et les physiothérapeutes.

Par ailleurs, il serait prématuré d'évaluer la tendance de la situation de pénurie dans le secteur de l'orthophonie étant donné la non-disponibilité de l'information concernant les besoins du réseau de l'éducation en 2007-2008.

La gestion de la présence au travail

Le meilleur indicateur pour suivre l'évolution de la présence au travail dans le réseau demeure le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées, puisqu'il tient compte, entre autres, de la variation du nombre d'heures travaillées. En 2007-2008, le ratio s'est établi à 5,75 % comparativement à 5,80 % en 2006-2007. Ce nouveau résultat représente une amélioration en vue de l'atteinte de la cible de 5,74 % fixée pour l'année 2009-2010.

Un plan d'action ministériel en gestion de la présence au travail a été mis en œuvre en décembre 2001, et les plans d'action régionaux qui en découlent ont commencé à s'appliquer en 2002-2003. Le ratio d'assurance salaire est passé de 6,03 % en 2001-2002 à 5,75 % en 2002-2003. Par ailleurs, en fonction des nombreux efforts déployés par tous les intervenants, une certaine stabilité du ratio est observée depuis 2002-2003. La présence au travail est une priorité organisationnelle, tant locale que régionale.



La mise en œuvre de diverses activités en vue d'améliorer la gestion de la présence au travail se poursuit dans une étroite collaboration entre le Ministère, les agences de la santé et des services sociaux ainsi que les établissements.

Les conventions collectives

L'objectif de négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités des établissements selon les orientations ministérielles en matière de négociation locale s'inscrit dans le contexte de l'implantation de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales.

On peut établir que le processus des négociations locales était en majeure partie achevé (89 %) à la fin de 2007-2008, si l'on considère les 5 % de conventions collectives dont la négociation était en cours et pour lesquelles une entente était presque conclue.

Il est important de rappeler que les résultats mentionnés ci-dessus ne concernent que les arrêtés ministériels dont la date d'échéance de la négociation locale est venue à terme au cours de l'année 2007-2008.

Le Ministère poursuivra ce processus au cours de la prochaine année dans les établissements où l'exercice n'est pas encore terminé ainsi que dans ceux où la date d'échéance de la négociation locale viendra à terme.

Orientation : **Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services**

3.3.7 L'utilisation des ressources informationnelles

Objectif **Assurer la gouvernance des ressources informationnelles du Ministère et de son réseau :**

- **en assurant l'évolution annuelle de l'architecture globale du plan d'informatisation**
- **en élaborant et en diffusant les normes et les standards qui soutiennent les orientations architecturales du plan d'informatisation**
- **en assurant la réalisation annuelle, par 100 % des agences, de plans régionaux d'informatisation arrimés avec l'architecture globale du plan d'informatisation**

Indicateurs	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Révision annuelle de l'architecture globale	Interopérabilité, à l'échelle québécoise et canadienne, des systèmes d'information en santé	Arrimage du modèle de données et de l'évolution des systèmes d'information existants en fonction de messages HL7 v3 standardisés
	Suivi des travaux des différents comités de travail d'Inforoute Santé du Canada (ISC)	Production de modèles de données et de messages standardisés pour les travaux d'ISC et pour les projets du Dossier de santé du Québec (DSQ)
	Élaboration des orientations technologiques	Diffusion des orientations
		Cadre d'intervention dans les projets du DSQ pour faciliter l'identification des messages HL7 v3 à utiliser
		Interventions pour le respect des orientations dans les projets suivants : SARDM, RSIPA, RODIS, GMF prescripteur, licence Oracle, licence Microsoft, DSQ, HNS

Indicateurs	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
	Élaboration et approbation des architectures de sécurité	Approbation des architectures de sécurité
	Élaboration de la vision des architectures cibles	Évolution des architectures des systèmes d'information et de l'architecture de données par l'intervention dans le projet LPRG-SBFR[2] et d'autres projets du réseau de la santé et des services sociaux
		Consolidation de l'environnement informationnel commun autour d'un seul entrepôt de données
Normes et standards diffusés annuellement en relation avec l'architecture globale	Évolution du registre des normes	Maintien du registre
	Diffusion des normes et standards	Adoption ou mise à jour de quatre standards
Proportion des agences qui ont réalisé un plan d'informatisation arrimé	Arrimage du plan d'informatisation et du projet régional de mise en œuvre du DSQ	Six agences ont terminé cet arrimage

Objectif **Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique**

Indicateur	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Systèmes d'information et infrastructures technologiques implantés	SIMASS	Déployé
	Info-Santé Web et téléphonie	Déployé

Objectif **Réaliser et mettre en œuvre des cadres de gestion conduisant à la certification des applications et à l'utilisation de normes et de standards favorisant l'interopérabilité, la réutilisation, la concertation et l'intégration des systèmes d'information et des infrastructures technologiques**

Indicateurs	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008
Réalisation et évolution de la mise en œuvre de cadres de gestion de :	Révision de la portée de la certification	Mandat en cours
• la certification • la normalisation	Adaptation au contexte de l'Unité collaborative de normalisation d'ISC et au DSQ	Coordination avec les équipes de projets du DSQ pour faire valoir la position du Québec auprès des groupes de travail de normalisation d'ISC pour les demandes de modifications des messages HL7 v3 et les normes applicables aux domaines (imagerie, laboratoire, couche d'accès à l'information de santé, services régionaux de conservation et registres)
Nombre de projets informatiques certifiés	Ne s'applique pas	Dix applications et quatre stations de visioconférences certifiées

1. SARDM – Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments
   RSIPA – Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
   RODIS – Référentiel des organismes dispensateurs de services sociosanitaires
2. LPRG-SBFR – Logiciel de production des rapports de gestion – Système budgétaire et financier régionalisé.

Le projet du Dossier de santé du Québec (DSQ), responsable du développement d'une infrastructure partagée à l'échelle nationale, a constitué l'élément central autour duquel se sont greffés la majorité des travaux d'architecture et de normalisation en technologies de l'information. Des initiatives complémentaires, notamment dans la mise en place de systèmes d'information partagés, le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) de même qu'Info-Santé et téléphonie, ont été complétées avec succès. L'amorce de travaux d'architecture de l'information visant à intégrer dans une vision globale l'ensemble des données du domaine administratif indique également une volonté ministérielle de mieux tirer parti de ses actifs informationnels.

ENJEU

3.4 La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux

Orientation : **Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec**

Objectif **Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux**

Indicateur	Résultat 2006-2007	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Respect de l'enveloppe budgétaire	134,3 M$	116,4 M$	130,8 M$

Le Ministère a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces efforts ont débuté dès la transmission des enveloppes initiales de crédits 2007-2008 par la signification de cibles budgétaires allouées à chacune des régions totalisant pour la province 116,4 millions de dollars. De plus, ces mêmes cibles sont parties intégrantes des ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre les agences et le Ministère pour l'année 2007-2008.

Des rencontres ont eu lieu avec les agences ou les établissements en vue d'assurer le respect de la cible déficitaire, tout en préservant l'accessibilité des services requis par la population. La pleine réalisation des mesures de redressement budgétaire, qui vise à permettre le respect de la cible fixée en 2007-2008 et au cours des exercices antérieurs, présentait un potentiel de redressement de 20,5 millions de dollars. Ces mesures ont obtenu l'approbation du ministre.

Les résultats régionaux*

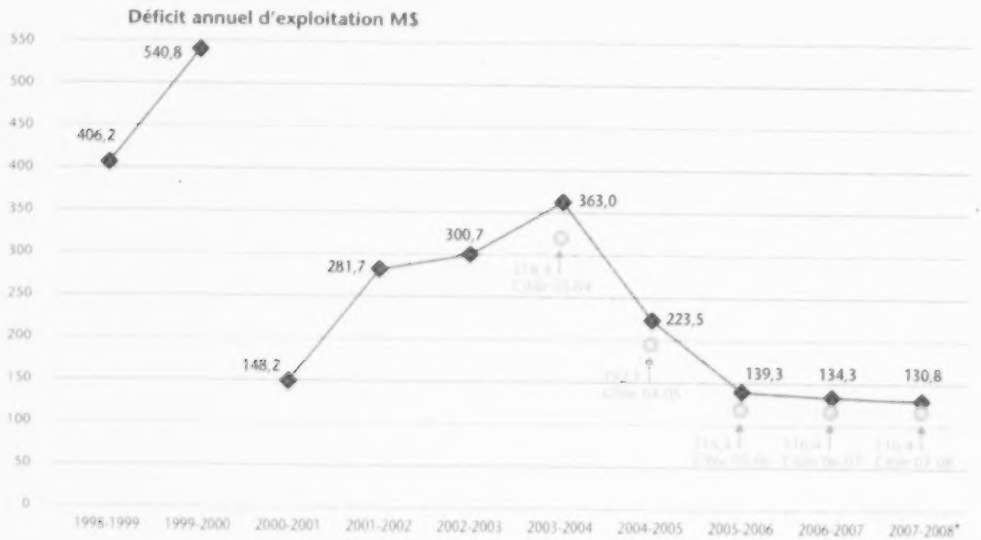
Les résultats de l'exercice 2007-2008 indiquent que dix régions ont terminé l'exercice dans le respect de leur cible budgétaire régionale signifiée par le Ministère. Par ailleurs, cinq régions présentaient un dépassement de leur cible équivalant à moins de 0,5 % de leurs revenus. Une région affichait un dépassement de sa cible se situant entre 0,5 % et 1 % de ses revenus, et deux autres régions inscrivaient un dépassement de leur cible représentant plus de 1 % de leurs revenus. Le déficit d'exploitation annuel est passé de 134,3 millions de

dollars en 2006-2007 à 130,8 millions de dollars pour l'exercice terminé au 31 mars 2008, selon les données disponibles en date du 10 juillet 2008, et ce, pour un écart par rapport à la cible déficitaire provinciale de 14,4 millions de dollars (0,09 % du budget 2007-2008).

136 établissements en équilibre – Les résultats de l'exercice financier 2007-2008 révèlent que plus de 71 % des établissements publics ont terminé l'année financière en équilibre ou en surplus sur une base annuelle d'exploitation.

55 établissements en déficit – Parmi les 55 établissements qui ont terminé l'exercice financier 2007-2008 en déficit, 37 présentaient un résultat qui respectait le niveau de leur cible tandis que 18 présentaient un déficit supérieur à leur cible.

Le Ministère, en collaboration avec les agences et les établissements, entend poursuivre ses efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.



* Les résultats présentés dans le texte et au tableau précédent sont établis sur la base des 179 rapports financiers AS-471 reçus en date du 10 juillet 2008 sur les 191 rapports attendus. Pour les établissements n'ayant pas transmis leur rapport, les données disponibles à la treizième période ont été utilisées.

Partie 4

Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens

La *Déclaration de services aux citoyens* traduit l'engagement du Ministère d'offrir des services de qualité à la population québécoise. À cet effet, les services offerts doivent être accessibles, donnés par un personnel courtois, et les demandes doivent recevoir un traitement professionnel.

La déclaration touche les services offerts directement à la population par le Ministère, se limitant ainsi à trois types de services :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements se rapportant à la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application.

4.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

En décembre 2006, le Service des renseignements généraux du ministère de la Santé et des Services sociaux a été transféré à Services Québec, qui respecte les engagements pris en matière de qualité des services. Pour sa part, le Ministère a continué de répondre aux demandes plus spécifiques redirigées par Services Québec. De ce fait, depuis 2005-2006, on observe une baisse significative du nombre total de demandes au Ministère.

Répartition des demandes de renseignements traitées par le Ministère selon le mode de communication utilisé, de 2005-2006 à 2007-2008

Mode de communication utilisé	Nombre de demandes		
	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Appel téléphonique	24 520	14 037	3 026
Courrier électronique	4 346	4 649	1 490
Total	28 866	18 686	4 516

Les appels téléphoniques

Engagements	• **Disponibilité de lignes sans frais partout au Québec** • **Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30** • **Réponse la plus rapide possible**

- À la suite du transfert des renseignements généraux à Services Québec, les citoyens ont toujours accès à un numéro sans frais à Services Québec, soit le 1 877 644-4545. Avant le transfert, le Ministère répondait à une centaine d'appels en moyenne par jour. Depuis qu'il répond aux demandes plus spécifiques, il traite une douzaine d'appels téléphoniques chaque jour.
- Le Ministère, pour les demandes de renseignements redirigées par Services Québec, assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- Conformément aux engagements, le délai de réponse est toujours le plus rapide possible.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	• Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Comme pour le service téléphonique, le Ministère continue de répondre aux demandes plus spécifiques redirigées par Services Québec. Aucune demande de renseignements n'est parvenue par la poste ou par le télécopieur. Concernant le courrier électronique, les citoyens reçoivent une réponse le jour même dans la grande majorité des cas, à défaut de quoi un accusé de réception est envoyé au demandeur, conformément à l'engagement.

4.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec

Les renseignements fournis aux citoyens s'adressant au Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) portent sur différents sujets : le mandat du Secrétariat, le cadre législatif en matière d'adoption internationale, le rôle des organismes agréés, les démarches d'adoption, les services offerts en préadoption et en postadoption ainsi que l'obtention de la résidence permanente ou de la citoyenneté canadienne. Le personnel peut également fournir des informations sur les programmes sociaux existants pour les adoptants et leurs enfants.

En matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles, le personnel précise le cadre législatif encadrant l'obtention d'un sommaire des antécédents et la poursuite des démarches de retrouvailles pour la clientèle visée.

Le site Internet du Secrétariat à l'adoption internationale permet aux citoyens de demander des informations en ligne ou encore de se renseigner sur la façon de communiquer ses insatisfactions par rapport aux services rendus, tant par le personnel du Secrétariat que par celui des organismes agréés. Plus de 850 personnes sont maintenant abonnées aux CyberNouvelles. Ainsi, le Secrétariat fait mieux connaître sa philosophie, ses valeurs, son fonctionnement, le cadre juridique entourant ses activités et son réseau de partenaires.

Au cours de la dernière année, le Secrétariat à l'adoption internationale a mis à jour l'information contenue dans le guide de l'adoption, qu'on trouve en format papier ou sur le site Internet. Quoique la langue de préséance demeure le français, l'ensemble de la documentation et le contenu de son site Internet sont maintenant disponibles en anglais.

Les appels téléphoniques

Engagements	• Disponibilité de lignes sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 • Réponse la plus rapide possible

- Le Secrétariat à l'adoption internationale dispose d'une ligne téléphonique sans frais (1 800 561-0246).

- Le Secrétariat assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

- Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques provenant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (CSSS, centres jeunesse), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des informations. Chaque appel est pris en charge par une agente de secrétariat, qui voit aussitôt à le rediriger vers le service approprié afin d'assurer à l'interlocuteur une réponse adéquate.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagements	• **Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande**

- Au 31 mars 2008, le Secrétariat à l'adoption internationale comptait 2 778 dossiers d'adoption ouverts, se situant à l'une ou l'autre des étapes de la démarche d'adoption.

- Le Secrétariat ne possède pas de système pour comptabiliser le délai de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, il est permis de croire que le Secrétariat répond dans la très grande majorité des cas à l'intérieur d'un délai de 10 jours ouvrables.

- L'adhésion à la Convention de La Haye et l'entrée en vigueur d'arrêtés ministériels concernant l'agrément d'organismes en adoption internationale et les adoptions sans organisme agréé ont été l'occasion, pour le Secrétariat, de réviser et de mettre en place plusieurs procédures de traitement et outils administratifs en vue d'améliorer la qualité de ses services, notamment en ce qui concerne la production de lettres requises pour le cheminement des dossiers d'adoption.

- Puisque plus de 85 % des adoptions sont effectuées par l'intermédiaire d'un organisme agréé, le Secrétariat mise sur l'encadrement et l'uniformisation des pratiques administratives avec ces derniers. L'implantation de nouvelles procédures relatives à la gestion des dossiers d'adoption (ouverture de dossier, demande d'autorisation diverse, transmission de document, révision de dossier, etc.) et l'introduction de nouveaux formulaires s'y rattachant permettent au Secrétariat d'augmenter la qualité de ses interventions et d'assurer une réponse en deçà des délais prescrits.

Les demandes en personne

Engagements	• **Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30** • **Annonce immédiate de l'arrivée des personnes** • **Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide**

- Chaque visiteur arrivant au Secrétariat à l'adoption internationale est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, incluant l'heure du dîner. Dès que le visiteur arrive, une agente de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.

- Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé concerné est informé et, en cas d'impossibilité de recevoir le visiteur, des arrangements sont pris avec lui.

4.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application

Les renseignements concernant la Loi

Le Service de lutte contre le tabagisme (SLT) est chargé de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac. Dans ce cadre, il fournit à la population en général, aux exploitants des lieux visés par la Loi, aux détaillants de tabac ainsi qu'aux employés travaillant dans un lieu visé, un service de renseignements sur la Loi par lequel il reçoit aussi les plaintes se rapportant à son application. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui font des demandes de renseignements ou des plaintes est le téléphone.

Répartition des demandes de renseignements et des plaintes selon le mode de communication utilisé, et délai moyen de réponse, 2007-2008

Mode de communication utilisé	Nombre de demandes	Délai moyen de réponse
Appel téléphonique	5 874	Aucun délai pour 80 % des appels, 34 secondes pour 20 % des appels
Courrier électronique	312	1,3 jour
Courrier postal	25	8 jours
Total	**6 211**	

Les appels téléphoniques

Engagements	• **Disponibilité de lignes sans frais partout au Québec** • **Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30** • **Réponse la plus rapide possible**

- La ligne sans frais 1 877 416-8222 (ou, pour la région de Québec, 418 646-9334) est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. En 2007-2008, le Service de lutte contre le tabagisme a répondu à 5 874 appels téléphoniques pour des demandes de renseignements sur la Loi, des plaintes liées à son application et des commandes de matériel. Ce volume d'appels représente une diminution de 68 % comparativement à celui de l'année précédente, année d'entrée en vigueur des modifications à la Loi. Cette diminution est attribuée au resserrement des mesures concernant l'usage du tabac ainsi qu'au fait que ces mesures sont de plus en plus connues et que la Loi est davantage respectée.

- Parmi les appels ayant obtenu une réponse, 80 % ont été pris en charge sans délai contre 71 % en 2006-2007, alors que les appels en attente ont été traités dans un délai moyen de 34 secondes comparativement à 48 secondes en 2006-2007. Seulement 10 % des appels entrant au service téléphonique ont été abandonnés avant d'avoir obtenu une réponse. En 2006-2007, cette proportion était de 13 %.

Les demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	• **Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande**

- Le Service de lutte contre le tabagisme permet aussi à la population de demander des renseignements sur la Loi sur le tabac par courrier électronique [loi-tabac@msss.gouv.qc.ca]. En 2007-2008, 312 demandes ont été acheminées par ce moyen de communication, soit une diminution de 52 % par rapport à l'année précédente. De ce nombre, 14 % ont obtenu une réponse par téléphone et 77 % par courriel, et ce, dans un délai moyen de 1,3 jour. Les autres messages (9 %) n'ont pas reçu de réponse, puisqu'ils étaient adressés à titre de copie conforme seulement ou qu'ils contenaient des commentaires inconvenants, voire des menaces.

- Par ailleurs, 25 plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac ont été reçues par la poste et ont été acheminées pour traitement. Seulement 10 de ces plaintes comprenaient les coordonnées des plaignants, ce qui a permis de leur envoyer un accusé de réception dans un délai moyen de 8 jours.

Les inspections liées à l'application de la Loi

Par ailleurs, le Service de lutte contre le tabagisme réalise des activités d'inspection pour s'assurer du respect de l'application de la Loi. À ce sujet, les plaintes déposées constituent une source importante d'information pour les activités d'inspection. Lors des 4 507 inspections effectuées durant l'année 2007-2008, les inspecteurs du Service ont délivré 1 334 constats d'infraction à des exploitants ou à des individus et les inspecteurs locaux ont émis 498 constats d'infraction à des individus pour un total de 1 832 constats d'infraction, soit une augmentation de 71 % par rapport à l'année précédente. L'augmentation est attribuable principalement au nombre de constats délivrés aux individus pour avoir fumé dans des lieux où il est interdit de le faire, notamment dans le rayon de neuf mètres autour de toute porte communiquant avec l'un des lieux précisés dans la Loi.

4.4 Les plaintes

Le mandat du responsable du traitement des plaintes du Ministère est de recevoir les plaintes et les commentaires relativement aux services visés dans la *Déclaration de services aux citoyens* et d'examiner le tout de façon indépendante et confidentielle. Le rôle du responsable est d'assurer aux usagers une réponse professionnelle et respectueuse de leurs demandes, et ce, dans un délai ne dépassant pas les 20 jours ouvrables.

Engagements	• **Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins, à compter de sa réception** • **S'il est impossible de transmettre une réponse complète et finale à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise**

- Au cours de l'année 2007-2008, 32 plaintes ont été reçues ; 22 ont été transmises par courriel et 10 par le service postal. De ces 32 plaintes, seulement 6 concernaient les unités administratives visées dans la Déclaration de services aux citoyens : 5 avaient trait au Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) et 1 touchait les inspections liées à la Loi sur le tabac. Dans ces 6 cas, le suivi a été assuré par l'unité administrative concernée dans le délai prescrit de 20 jours à compter de la date de réception.

- Les 26 autres plaintes concernaient les services rendus par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou l'organisation régionale des services. Dans ces cas, une lettre a été envoyée aux plaignants leur indiquant les coordonnées d'un commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse reçue en premier recours, les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux étaient données aux plaignants.

Partie 5

Les résultats au regard des objectifs du Bureau de la Capitale-Nationale

Le Bureau de la Capitale-Nationale a pour mission de contribuer au développement et à la diversification économique de la région de la Capitale-Nationale en plus de veiller à l'adaptation de l'action gouvernementale au contexte particulier de la région.

De portée horizontale, les mandats du Bureau comprennent :

- la gestion de programmes d'aide financière sous la responsabilité du ministre, notamment le Fonds de développement économique de la région de la Capitale-Nationale (FDERCN) ;
- la gestion déléguée des fonds provenant d'autres ministères ;
- la recherche de solutions à des demandes ou à des problèmes pouvant être soumis au ministre par des tiers ;
- la gestion d'ententes de financement en réponse à des problèmes particuliers ;
- la coordination interministérielle et régionale de dossiers et de projets spéciaux ;
- l'organisation et la planification d'événements spéciaux impliquant la collaboration des autorités gouvernementales et des principaux acteurs régionaux.

Le Bureau de la Capitale-Nationale est intervenu de façon significative en 2007-2008 dans le dossier des fêtes du 400e anniversaire de Québec. À cet effet, il a apporté un soutien à l'action du Commissaire au 400e et a assuré le suivi administratif du versement de la troisième tranche de l'aide gouvernementale de 40 millions de dollars accordée, sur une période de trois ans, à la Société du 400e.

Objectif **Favoriser le développement de la région de la Capitale-Nationale**

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Résultats 2007-2008
Gestion de programmes d'aide financière – Soutien aux projets de développement économique	Financement de 54 projets et de 36 activités régionales (6 138 700 $)[5] dans le cadre du FDERCN	Financement de 60 projets et de 47 activités régionales (5 824 877 $) dans le cadre du FDERCN
Gestion déléguée – Appui aux organismes de développement local et régional		
• Appui aux centres locaux de développement (CLD) des six municipalités régionales de comté (MRC) et de la ville de Québec (ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation)	• Budget alloué aux CLD : 5 592 300 $, suivi des ententes de gestion avec les MRC et la Ville de Québec	• Budget alloué aux CLD : 6 593 200 $, ce qui inclut la mise en œuvre de la Politique nationale de la ruralité 2007-2014

5. Ce montant comprend les crédits votés auxquels se sont ajoutés, au cours de l'exercice 2006-2007, 330 000 $ provenant du surplus des Jeux mondiaux policiers pompiers Québec 2005, qui avaient bénéficié d'une aide du FDERCN.

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Résultats 2007-2008
	• Mise en œuvre de la nouvelle Politique nationale de la ruralité 2007-2014 : signature des pactes	• Évaluation et suivi de la Politique nationale de la ruralité 2002-2007 ; planification et soutien de la mise en œuvre de la Politique 2007-2014 incluant l'embauche d'agents ruraux dans les six MRC de la région de développement rural et la mise en œuvre de nouvelles mesures (laboratoires ruraux et développement de produits de spécialité) en collaboration avec le ministère des Affaires municipales et des Régions • Signature d'avenants concernant les modalités d'attribution des sommes additionnelles annoncées dans le Budget 2006-2007, pour les Fonds locaux d'investissement et pour le soutien à l'émergence de projets d'entreprises et les entreprises en démarrage (Stratégie pour le développement de toutes les régions)
• Appui à la Conférence régionale des élus (CRE) par le Fonds de développement régional (ministère des Affaires municipales et des Régions)	• Budget du Fonds de développement régional : 1 698 668 $	• Budget du Fonds de développement régional : 2 464 400 $
Soutien du gouvernement pour l'organisation des fêtes du 400e anniversaire de Québec en 2008		
• Appui à l'action du Commissaire au 400e dans son rôle de coordination et de représentation du gouvernement du Québec	• Rencontres hebdomadaires avec les commissaires fédéral, municipal et autochtone • Communication continue avec la Société du 400e • Participation au Sommet de la Francophonie 2006 • Présidence des rencontres trimestrielles du comité interministériel sur le 400e et rencontres bilatérales avec les ministères et organismes gouvernementaux	• Rencontres hebdomadaires avec les commissaires fédéral, municipal et autochtone • Communication continue avec la Société du 400e • Participation à Futurallia 2007 • Présidence des rencontres trimestrielles du comité interministériel sur le 400e et rencontres bilatérales avec les ministères et organismes gouvernementaux • Mission de promotion des fêtes en France • Coordination des invitations pour les représentants gouvernementaux • Promotion de l'utilisation de la signature événementielle par les ministères et organismes gouvernementaux
• Appui à la Société du 400e	• Aide financière de 6 400 000 $ • Confirmation de l'inscription du Championnat de hockey 2008 à Québec dans la programmation de la Société du 400e, grâce à la mise en place d'un partenariat financier entre le ministre, la Ville de Québec, la Société des jeux mondiaux des policiers et pompiers Québec 2005, l'Office du tourisme de Québec et la Société du 400e	• Aide financière de 14 600 000 $ • Coordination des études de retombées économiques du 400e anniversaire de Québec, incluant des sondages omnibus au cours de 2008

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Résultats 2007-2008
Conclusion d'ententes de partenariat en réponse à des problèmes particuliers	• Conclusion de nouvelles ententes de partenariat en tourisme avec l'Office du tourisme de Québec et le Conseil de la nation huronne-wendate	• Renouvellement de l'entente de partenariat avec l'Office du tourisme de Québec axée sur une nouvelle approche de catalyseurs stratégiques
		• Participation à la négociation d'une entente sur l'offre touristique dans Charlevoix
	• Participation à la négociation et à la signature d'une entente particulière en immigration et suivi des ententes particulières sur l'agroalimentaire et la condition féminine, en collaboration avec les ministères sectoriels et la CRE	• Participation aux comités de gestion des ententes spécifiques actuellement en vigueur (immigration, condition féminine et agroalimentaire)
Coordination interministérielle et régionale dans des dossiers et des projets	• Coordination gouvernementale de la démarche d'Action concertée de coopération régionale de développement (ACCORD) des créneaux d'excellence de la région, en partenariat avec PÔLE Québec Chaudière-Appalaches	• Collaboration, de concert avec les responsables du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, à la mise en œuvre de la démarche ACCORD dans la région en vue de la préparation des cadres stratégiques et des plans d'action pour les créneaux Technologies appliquées, Assurances et Aliments santé, et de la conclusion d'une entente de mise en œuvre pour le créneau Technologies appliquées
		• Coordination de la mise en place du Fonds de l'innovation, en appui aux projets structurants découlant des créneaux d'excellence ACCORD (fonds publics de 18 M$ associés à une contribution privée de 4,5 M$)
	• Mise sur pied de la Table sur les événements et festivals	
	• Comité de suivi de projets régionaux (hôtel-musée à Wendake, Massif de Petite-Rivière-Saint-François, Mont Grand-Fonds)	• Présidence et secrétariat du comité directeur du Fonds de l'innovation conduisant à l'octroi d'une aide totale de 2,6 M$ pour sept projets structurants
		• Mise en place d'un comité stratégique sur l'accès à la région
		• Mise en place d'un forum des principaux bailleurs de fonds publics dans le secteur culturel
		• Participation, en étroite concertation avec la Ville de Québec et le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, au suivi de l'étude sur le potentiel de l'industrie du cinéma et de la télévision dans la région
		• Concertation interministérielle permettant d'annoncer, en décembre 2007, le financement du Plan de développement du Mont Grand-Fonds
Adaptation de l'action gouvernementale au contexte particulier de la région par des mécanismes d'échange	• Organisation de trois rencontres du premier ministre et du ministre avec les représentants régionaux de différents milieux (économie, culture, développement social) et suivi des engagements	• Organisation de deux rencontres du premier ministre et du ministre avec les représentants régionaux des secteurs de l'économie et du développement social et suivi des engagements
		• Organisation des tournées du ministre dans Charlevoix et Portneuf

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Résultats 2007-2008
		• Optimisation des échanges entre les ministères sectoriels sur des enjeux thématiques communs par l'entremise des tables sectorielles de la Conférence administrative régionale
	• Mise sur pied des tables de la Conférence administrative régionale sur l'emploi et la main-d'œuvre, les affaires régionales et territoriales, le développement culturel et le développement social • Création d'une table de concertation avec la Chambre de commerce de Québec et le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation sur les outils de développement économique dans la région	
Aide financière à la Ville de Québec	• Ne s'applique pas (nouvel indicateur en 2007-2008)	• Négociation et signature d'une entente quinquennale avec la Ville de Québec concernant l'utilisation des 25 M$ accordés à la Ville pour des interventions de développement économique découlant de la Stratégie pour le développement de toutes les régions du Québec • Négociation d'une entente avec la Ville de Québec concernant l'utilisation des 7,8 M$ accordés à la ville à titre de capitale dans le cadre de l'Entente sur un nouveau partenariat fiscal et financier avec les municipalités pour les années 2007-2013

Partie 6

L'utilisation des ressources

La présente partie du rapport fait état des ressources allouées au Ministère en 2007-2008 dans l'exercice de sa mission.

6.1 Les ressources humaines

L'évolution de l'effectif et les mouvements du personnel

Au 31 mars 2008, le Ministère et les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, dont le Ministère assure le soutien administratif, comptaient 808 postes réguliers autorisés et 40 équivalents temps complet (ETC) occasionnels autorisés, pour un total de 848 ETC.

Les données détaillées concernant les postes réguliers et les emplois occasionnels sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Postes autorisés selon la catégorie et le statut d'emploi au 31 mars 2008[1]

Catégorie d'emplois	Postes réguliers		Postes occasionnels		Total	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Haute direction et cadres	76	85	-	-	76	85
Professionnels	457	466	21	21	478	487
Fonctionnaires	256	257	19	19	275	276
Total	**789**	**808**	**40**	**40**	**829**	**848**

1. Ces données comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Les départs à la retraite et la planification de la main-d'œuvre

Au cours de l'année 2007-2008, 54 personnes ont quitté leur emploi pour la retraite. Comme le taux module octroyé au Ministère est de 40 % pour la réduction des effectifs associés aux départs à la retraite, ce sont 22 emplois qui devront donc être abolis pour répondre aux objectifs gouvernementaux de réduction de la taille de l'État, soit 1,5 % de l'effectif total.

Les nombreux départs à la retraite envisagés au cours des prochaines années et l'impact de la réduction des effectifs liée à ces départs ont amené une réflexion sur leur importance, tant en matière de nombre qu'en matière de nécessité de remplacement ou de transfert d'expertise.

En 2006-2007, un exercice de planification de la main-d'œuvre avait été entamé afin de minimiser l'impact des départs à la retraite, notamment en ce qui concerne les besoins de remplacement et de transfert d'expertise, ainsi que les moyens envisagés pour assurer la contribution nécessaire à l'accomplissement de la mission de l'organisation. Cet exercice s'est poursuivi en 2007-2008 avec une implication plus importante de la Direction des services au personnel afin d'accompagner les gestionnaires dans leur réflexion concernant le diagnostic de leur unité administrative.

À la suite de l'exercice, comprenant une collecte de données et la rencontre de l'ensemble des gestionnaires concernés par les éventuels départs à la retraite, un bilan a été produit afin de faire ressortir les principaux constats. À la suite de ces travaux, des propositions ont été faites aux autorités pour résorber à court terme les problèmes soulevés.

6.2 Les ressources budgétaires et financières[6]

Les dépenses pour l'année 2007-2008 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), du Bureau de la Capitale-Nationale et de la Commission de la capitale nationale s'élèvent à 24 152 429 400 $.

Ces dépenses se répartissent entre les cinq programmes distincts détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales programme 01
363 953 700 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application d'une politique d'équilibre du prix des médicaments ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des différents organismes-conseils que sont le Conseil du médicament, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de même que le Commissaire à la santé et au bien-être.

Les fonctions régionales programme 02
17 592 504 700 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientations ministérielles et des objectifs qui ont été signifiés aux agences dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement de celles-ci. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, et les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et les services infirmiers ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis

6. Les données financières de cette section sont préliminaires, les opérations de vérification n'étant pas terminées.

par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que dans les centres hospitaliers et les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui n'ont pas été intégrés dans les CSSS ;

- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociales, qui s'adressent à des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de readaptation ;
- les services de prévention, d'aide et de soutien, fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes : la rémunération des résidents en médecine, les services préhospitaliers d'urgence, le système du sang, les vaccins et les antiviraux, les régimes de retraite ainsi que le service de la dette.

Un nouveau mode d'allocation des ressources pour le réseau de la santé et des services sociaux a été introduit en 2004-2005. Ce mode est basé sur l'évolution des besoins liés à différents facteurs socio-économiques et démographiques de chacune des régions (ex. : âge, population, isolement social, revenu disponible, dispersion des clientèles). Il permet d'établir un niveau de financement relatif entre chacune des régions. Le Ministère a choisi de combler les écarts de financement relatifs déterminés par ce mode d'allocation des ressources à partir des crédits de développement de chaque année. Toutefois, un minimum de crédits de développement est alloué aux régions considérées globalement comme ayant une meilleure accessibilité aux services.

L'Office des personnes handicapées du Québec programme 03
12 379 700 $

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'Office des personnes handicapées du Québec a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux ainsi que les municipalités et les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'Office veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, il les informe, les conseille, les assiste et fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'Office.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'Office. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04
6 122 473 300 $

Le programme relatif à la Régie de l'assurance maladie du Québec vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais y afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services optométriques ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de la Régie.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la Régie. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

La promotion et le développement de la Capitale-Nationale programme 05
61 118 000 $

Le programme relatif à la promotion et au développement de la Capitale-Nationale a pour objet de renforcer le rôle de Québec comme capitale nationale en contribuant à la mise en valeur de ses sites, de ses monuments et de ses activités, en responsabilisant les milieux locaux et régionaux dans la prise en main de leur développement, et en appuyant le développement et la diversification de ses assises économiques.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2006-2007 et en 2007-2008 pour chacun des programmes de même qu'une comparaison entre le budget et les dépenses 2007-2008.

Sommaire de l'écart budgétaire[1]

			(000 $)		
		2006-2007	2007-2008		
Programme	Description	Dépenses	Budget	Dépenses	Écart
01	Fonctions nationales	287 551,8	307 336,2	363 953,7	(56 617,5)
02	Fonctions régionales	16 483 123,5	17 393 088,9	17 592 504,7	(199 415,8)
03	OPHQ	11 652,7	12 353,6	12 379,7	(26,1)
04	RAMQ	5 670 176,8	6 135 761,3	6 122 473,3	13 288,0
05	Promotion et développement de la Capitale-Nationale		54 621,9	61 118,0	(6 496,1)
	TOTAL	**22 452 504,8**	**23 903 161,9**	**24 152 429,4**	**(249 267,5)**

1. Le portefeuille sociosanitaire a aussi bénéficié d'une somme de 52 millions de dollars en provenance de la Société des loteries du Québec versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 millions de dollars a été alloué afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les CHSLD. D'autre part, une somme de 22 millions de dollars a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique et pour le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent ainsi que pour les conséquences sur l'entourage de celles-ci.

Le budget de dépenses du Ministère, pour l'exercice 2007-2008, se chiffrait à 23 903,2 millions de dollars incluant les crédits supplémentaires de 60 millions. Les dépenses pour cet exercice se chiffrent à 24 152,4 millions de dollars. L'écart est analysé selon chaque programme :

- Pour les fonctions nationales, les dépenses sont supérieures au budget initial. Cette situation est causée principalement par les dépenses relatives à l'assurance hospitalisation hors Québec, qui ont été plus élevées que prévu initialement, ainsi qu'aux coûts découlant du Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.
- Pour les fonctions régionales, l'écart s'explique principalement par des dépenses supérieures aux prévisions initiales au chapitre des régimes de retraite (118,4 M$) et du service de dette (31 M$). De plus, le gouvernement du Québec a annoncé des mesures visant la stabilisation des équipes de soins critiques, dont le versement de primes aux infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs ainsi que l'achat d'instruments et de petits appareils conçus pour soutenir le travail des infirmières (18,7 M$).
- Pour la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'écart s'explique essentiellement par la dépense des services médicaux, qui a été inférieure à la prévision.
- Pour la promotion et le développement de la Capitale-Nationale, l'écart s'explique principalement par la bonification des enveloppes de transfert à l'égard de la Stratégie pour le développement de toutes les régions et de la Politique nationale de la ruralité. L'écart budgétaire a été pourvu par l'entremise de différents transferts de budgets au bénéfice du programme 5.

6.3 Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles du réseau

La réalisation du plan d'informatisation repose sur plusieurs volets. Au chapitre de la gouvernance, le Ministère a maintenu une relation constante avec le réseau et avec les associations du secteur par des rencontres régulières de comités et de tables de travail. Sur le plan de la gestion, l'adoption d'un cadre de gestion du maintien des actifs mettant la priorité sur les postes de travail ainsi que la négociation d'ententes corporatives avec d'importants fournisseurs de solutions logicielles appuient les démarches des établissements. En ce qui a trait à la normalisation, une orientation déterminante s'est concrétisée par la participation ministérielle aux travaux de l'Unité collaborative de normalisation, instance de concertation sous l'égide d'Inforoute Santé du Canada, qui établit les profils de conformité pancanadiens que devront respecter les systèmes d'information en santé. Finalement, au chapitre de l'optimisation des ressources, le Ministère a amorcé un important projet de rationalisation de la répartition des centres informatiques.

En matière de télécommunications, le Ministère et le Centre des services partagés du Québec ont collaboré à la préparation d'un appel d'offres pour le contrat de fourniture du Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) à compter de janvier 2009. Pour ce faire, le Ministère a effectué une consultation afin de bien cerner les besoins du réseau sociosanitaire. Parallèlement à cet exercice, une stratégie de modernisation a permis de faire migrer l'infrastructure technologique de télécommunications dans un environnement plus souple et plus performant tout en augmentant la capacité des liens de la majorité des sites desservis. Cette démarche a été accompagnée d'une exigence d'attestation de conformité des organisations à un ensemble de mesures de sécurité présentes dans le *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux – volet sécurité*. Par ailleurs, en ce qui a trait à la sécurité des actifs informationnels, une architecture fonctionnelle de sécurité a également été adoptée alors qu'une démarche de révision du Cadre global de gestion des actifs informationnels a été amorcée afin de mieux intégrer la relation entre les mesures préconisées et les risques identifiés. Pour soutenir le réseau sociosanitaire, le Ministère a approuvé la création d'un service national de sécurité de l'information par SOGIQUE.

De nombreux autres actifs informationnels concourent à l'organisation des soins et des services du réseau sociosanitaire. Le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) a été déployé pour permettre de suivre en temps réel l'accès aux chirurgies. Le développement de l'outil informatisé d'évaluation multiclientèle, dans le cadre du projet de Réseau de services intégrés aux personnes âgées, répond également à un besoin reconnu. Enfin, il faut souligner les importantes étapes franchies dans le soutien technologique du service Info-Santé par la migration de l'application dans un environnement Web, le développement d'un système téléphonique interconnectant toutes les centrales – ce qui permet d'optimiser la distribution des appels et de diminuer le temps d'attente des usagers – et l'expérimentation régionale du service par une ligne 8-1-1.

La mise en œuvre du Dossier de santé du Québec (DSQ) a un impact important sur l'informatisation du réseau sociosanitaire. Une étude visant à estimer les besoins en matière de ressources en télécommunication et une évaluation des investissements connexes, liés au rehaussement des infrastructures technologiques requises pour le déploiement du DSQ, ont été produites.

Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique ministérielle, l'année 2007-2008 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- Le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux portant sur :
  - l'accès aux services ;
  - le mécanisme de dépannage de médecins en région ;
  - le registre des résidences privées pour personnes âgées ;
  - les interventions sur le tabac ;
  - la pandémie d'influenza ;
  - le relevé des urgences ;
  - le référentiel des organisations dispensatrices de services ;
  - la gestion des projets immobiliers ;
  - les visites d'appréciation des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.
- Le rehaussement de versions logicielles :
  - la mise à niveau du serveur de mise à jour WUS de Microsoft ;
  - le passage à la version SQL 2005 pour tous les environnements ;
  - l'implantation de la dernière version pour les antivirus.
- L'entretien et le maintien du parc technologique, incluant plus de 1 000 postes de travail, 120 serveurs et 250 imprimantes, ainsi que divers liens de télécommunications reliant les sites ministériels au RTSS et aux Services gouvernementaux, et le remplacement de plus de 350 ordinateurs.
- L'installation d'un lien dédié à haut débit pour la prestation électronique de services partagés avec la Corporation d'hébergement du Québec.
- En soutien aux utilisateurs des ressources informationnelles du Ministère, 11 507 demandes de service ont été traitées dans les catégories suivantes :

Interventions/Catégories	Nombre
Commentaires	7
Installation de logiciels	1 097
Installation de matériel	595
Installation/Rehaussement	7
Intranet	29
Laboratoire	159
Logiciels	4 624
Matériel	1 809
Salle multimédia	190
Sécurité	1 388
Serveurs	303
Visioconférence	1 297
Vol d'équipement	2
Total	**11 507**

Le Dossier de santé du Québec

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) rendra possible le partage sécuritaire de certaines informations de santé sur les patients entre les équipes de cliniciens aux paliers local, régional ou suprarégional. Il favorisera un suivi optimal en tout temps et un meilleur accompagnement des patients, quel que soit le lieu où ils recevront des services de santé à travers le Québec.

Au cours de l'année 2007-2008, un plan d'affaires couvrant la période 2007-2010 a été élaboré et diffusé. Ce plan présente notamment la portée du DSQ, sa stratégie de mise en œuvre, son cadre de gouvernance et ses modalités de financement. De plus, les études préliminaires et détaillées de chacun des projets ont été achevées, et la phase de réalisation se déroule selon l'échéancier prévu dans le plan d'affaires.

Deux tournées régionales ont été effectuées par le Bureau du Dossier de santé du Québec. La première, tenue au printemps et à l'été 2007, avait pour objectifs de présenter le DSQ aux principaux acteurs de chacune des régions et d'échanger avec eux relativement à la stratégie de déploiement du Dossier de santé du Québec sur leur territoire ainsi que sur leur rôle et leurs responsabilités en la matière. La seconde tournée s'est déroulée à l'automne 2007 et à l'hiver 2008. Elle a permis d'évaluer l'état de préparation des régions relativement à l'éventuel déploiement du DSQ. Depuis, le Bureau du Dossier de santé du Québec offre différents outils, de l'accompagnement et du *coaching* aux équipes régionales, afin de les soutenir dans leur mise en mouvement et dans la gestion de la dynamique et des interdépendances entre les dimensions humaine, clinique, organisationnelle, technologique, financière et légale du DSQ.

Par ailleurs, le Bureau du Dossier de santé du Québec a collaboré à l'élaboration du projet de loi n° 70 afin de favoriser une participation maximale de la population au DSQ ainsi que la mobilisation souhaitée des cliniciens. Ce projet de loi, déposé par le ministre à l'Assemblée nationale le 18 décembre 2007, introduit une approche de consentement implicite avec droit de refus en remplacement d'une approche de consentement explicite.

Sur le plan financier, les études préliminaires et d'architecture des projets étant terminées, le contour financier de chaque projet a pu être précisé, et l'évaluation globale concernant les coûts du DSQ a pu être confirmée. De plus, il est à souligner que 27 ententes ont été signées avec Inforoute Santé du Canada (ISC) afin d'assurer la réalisation des deux premières phases

des projets. À la fin de l'année 2007-2008, les négociations avec cet organisme ont permis de signer 20 des 23 ententes requises pour la réalisation de la dernière phase des projets. Les trois ententes restantes seront signées au début de 2008-2009.

En 2007-2008, le Bureau du Dossier de santé du Québec a également entamé des travaux visant à déterminer le modèle d'organisation, de gestion et d'opération du DSQ une fois son développement et son implantation terminés. Cinq scénarios relatifs à l'opération du système ont été élaborés en collaboration avec des partenaires institutionnels. Des décisions ministérielles sont attendues à ce sujet en 2008-2009.

Enfin, des travaux visant à évaluer les bénéfices découlant de l'implantation du DSQ ont également été menés en 2007-2008. Ces travaux seront terminés et leurs résultats diffusés au cours de la prochaine année.

Partie 7

L'application de certaines politiques gouvernementales

7.1 L'accès à l'égalité en emploi

Les membres de communautés culturelles, les anglophones, les autochtones et les personnes handicapées

Pour hausser la représentation des membres de communautés culturelles, des anglophones, des autochtones et des personnes handicapées dans la fonction publique, le gouvernement poursuit la mise en œuvre de son programme d'accès à l'égalité en emploi, qui vise l'atteinte d'un taux d'embauche annuel de 25 % des nouveaux employés appartenant à ces groupes.

Au cours de l'année 2007-2008, le Ministère a recruté 12 personnes membres de ces groupes cibles pour des postes réguliers, ce qui représente 25 % du nombre total d'employés réguliers embauchés. Tous les statuts d'emploi confondus, le Ministère a recruté 35 membres de groupes cibles, ce qui représente 15 % de l'ensemble des personnes embauchées. Les données présentées comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Taux d'embauche de membres de groupes cibles par statut d'emploi, 2007-2008

	Embauche de membres de groupes cibles 2007-2008						
Statuts d'emploi	Embauche totale 2007-2008	Communautés culturelles	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total	Taux d'embauche par statut d'emploi[1]
Réguliers	48	10	0	1	1	12	25 %
Occasionnels	122	11	0	0	0	11	9 %
Étudiants	56	10	0	1	0	11	20 %
Stagiaires	9	1	0	0	0	1	11 %
Total	**235**	**32**	**0**	**2**	**1**	**35**	**15 %**

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est calculé selon le nombre total de personnes issues du groupe visé dans un statut donné, par rapport à l'embauche totale 2007-2008 dans le statut d'emploi.

Évolution du taux d'embauche global des membres de groupes cibles par statut d'emploi, de 2005-2006 à 2007-2008

Exercice	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2005-2006	0 %	3 %	33 %	38 %
2006-2007	25 %	11 %	24 %	6 %
2007-2008	25 %	9 %	20 %	11 %

Concernant la représentativité, en 2007-2008, le Ministère a atteint la cible ministérielle de 2 % fixée par le gouvernement pour les personnes handicapées au sein de l'effectif régulier. Le taux de représentativité des membres de communautés culturelles par rapport à l'ensemble de l'effectif régulier s'établit à 4 %, soit une progression de 1 % comparativement à 2006-2007. Cependant, il est à noter que ce pourcentage demeure en deçà de la cible fixée à 9 %. La situation peut s'expliquer par le fait que la majorité des emplois sont à Québec et que les membres de communautés culturelles vivent principalement dans la région de Montréal. Le Ministère poursuivra donc ses efforts au cours des prochaines années afin d'atteindre les cibles fixées.

Évolution du taux de représentativité des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, au 31 mars 2006, 2007 et 2008

Groupes cibles	2006		2007		2008	
	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total
Communautés culturelles	17	2 %	23	3 %	28	4 %
Autochtones	1	0 %	3	0 %	4	1 %
Anglophones	2	0 %	3	0 %	4	1 %
Personnes handicapées	9	1 %	12	2 %	11	2 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier : résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2008

Groupes cibles	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel[1]		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	1	1 %	17	4 %	4	5 %	6	5 %	0	0 %	28	4 %
Autochtones	0	0 %	4	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	4	1 %
Anglophones	2	3 %	2	0,5 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	4	1 %
Personnes handicapées	1	1 %	7	2 %	1	1 %	2	2 %	0	0 %	11	2 %

1. Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

La représentation féminine

La représentativité des femmes continue de progresser au Ministère. En 2007-2008, celles-ci représentaient 61 % de l'effectif régulier et 44 % des emplois d'encadrement, soit des améliorations respectives de 2 % et 3 % comparativement à 2006-2007. Les données présentées comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien- être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Taux d'embauche des femmes 2007-2008

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre de femmes embauchées	33	98	41	3	175
Pourcentage par rapport au nombre total d'embauches en 2007-2008	69 %	80 %	73 %	33 %	74 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2008

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel[1]	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel ouvrier	Total
Nombre d'employés réguliers	78	416	82	131	1	708
Nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier	34	217	52	126	0	429
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	44 %	52 %	63 %	96 %	0 %	61 %

1. Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes

En 2006, le gouvernement lançait la nouvelle politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes, intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, dans le plan d'action 2007-2010 lié à cette politique, à accomplir les actions suivantes.

En tant que ministère responsable

Action 31 : Former un comité multisectoriel pour examiner la situation des personnes aidantes et trouver de nouvelles mesures de soutien, notamment en matière de fiscalité, d'emploi et d'aide à domicile.

Les travaux de ce comité multisectoriel visent à examiner les modalités actuelles d'accès à diverses mesures de soutien aux proches aidants ainsi que leurs liens avec les différents programmes d'aide s'adressant à la personne en perte d'autonomie de même qu'à instaurer de nouvelles mesures pour répondre aux besoins des proches aidants. Les travaux du comité n'ont pas démarré en 2007-2008 ; ils débuteront lorsque le partage des responsabilités entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Famille et des Aînés sera déterminé en ce qui a trait aux proches aidants.

Action 44 : Élaborer un deuxième plan d'action visant à promouvoir la santé et le bien-être des femmes.

L'élaboration du bilan de la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes pour la période 2002-2007 s'est parachevée en 2007-2008. La production de ce bilan était préalable à l'actualisation de la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes *Au féminin... À l'écoute de nos besoins* et à la réalisation du nouveau plan d'action sur cette question pour la période 2008-2011.

Action 45 : Adopter et diffuser la nouvelle Politique de périnatalité.

L'élaboration de cette nouvelle politique de périnatalité s'est poursuivie en 2007-2008. Sa diffusion a été retardée par la nécessité d'y intégrer de nouvelles données, notamment les résultats d'une consultation sur la mise en place d'un programme de dépistage du syndrome de Down et ceux découlant d'une nouvelle évaluation des besoins d'accessibilité des services de suivi des femmes enceintes et des nourrissons ajustés en fonction de la hausse de la natalité au Québec.

Action 46 : Adopter un projet de loi visant notamment à protéger la santé des femmes utilisant des moyens de procréation assistée et à encadrer la recherche qui se fait dans ce domaine.

Le projet de loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (projet de loi n° 23) a été déposé en décembre 2007. Ce nouveau projet de loi doit être présenté pour étude détaillée et adoption.

Action 47 : Produire un document sur l'approche à privilégier pour offrir des services de santé et des services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique, existante ou potentielle, d'excision ou d'infibulation.

Le document à produire a été préparé pour fins de consultation. Cette étape de consultation, sa production finale et l'établissement des modalités de mise en œuvre des recommandations qui en découleront sont prévus pour 2008-2009.

En tant que ministère coresponsable

Action 42 : Soutenir la mise en œuvre de services de surveillance pour les jeunes handicapés de 12 à 21 ans du secondaire qui n'ont pas l'autonomie nécessaire pour être seuls en dehors des heures de classe.

Un processus de concertation entre le ministère de la Famille et des Aînés, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que l'Office des personnes handicapées du Québec, a permis l'élaboration d'une proposition de mesure financière. Au cours de l'année 2007-2008, une somme de 108 740 $ a été engagée par ces ministères afin de maintenir les services en place. Le comité prévoit déposer ses autres recommandations pour fins de décision en 2008-2009.

Action 52 : S'assurer que les services de supervision des droits d'accès donnent priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent dans les cas de violence conjugale.

Il est prévu que, dans les situations de violence conjugale, les services de supervision des droits d'accès donnent priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent. Les organismes responsables de ces services doivent consigner dans un registre tous les incidents et les situations où des manifestations de violence à l'égard d'une des personnes participantes ont eu lieu ainsi que tous les incidents et les situations où la sécurité des personnes ou des lieux a été mise à l'épreuve dans le cadre des services de supervision des droits d'accès. En 2007-2008, aucune plainte n'a été reçue, et aucun incident n'a été rapporté.

L'analyse différenciée selon les sexes (ADS)

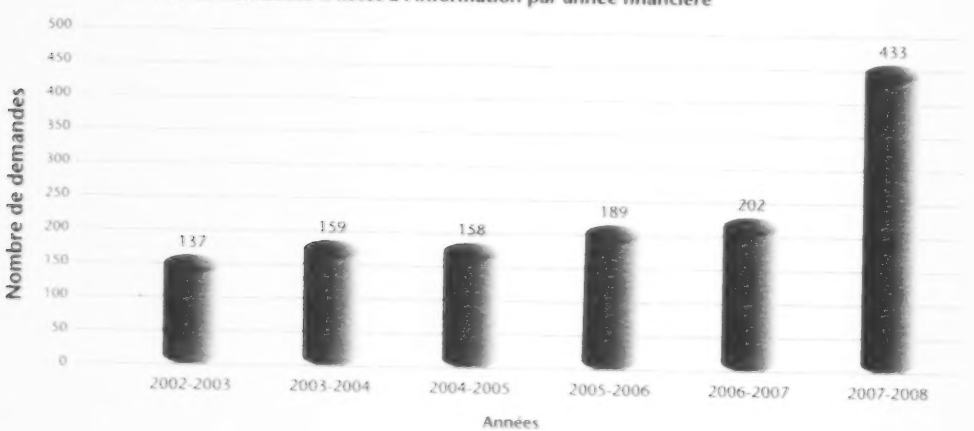
Le ministère de la Santé et des Services sociaux a poursuivi son engagement pour l'implantation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans ses pratiques de gestion. En 2007-2008, il a participé aux travaux du comité interministériel pour l'intégration de l'ADS au sein de l'appareil gouvernemental et a identifié de nouveaux projets ministériels en ADS, soit le futur plan d'action interministériel en itinérance et le projet *Agir en faveur du mieux-être des jeunes d'orientation homosexuelle*.

Les activités de sensibilisation et de formation en ADS se sont poursuivies au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Selon le bilan de ces activités, plus de 600 personnes ont été sensibilisées à l'ADS et plus de 500 autres y ont été formées dans le réseau depuis 2005. Une évaluation et une révision du matériel de formation en ADS ont aussi été effectuées afin de relancer cette formation dans le réseau et au Ministère et de susciter la réalisation de projets intégrant cette forme d'analyse.

7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2007-2008, le Ministère a reçu 433 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. De ce nombre, 155 visaient l'obtention de documents administratifs (36 %) et 278 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (64 %). Il s'agit d'une augmentation de 114 % du nombre global de demandes par rapport à l'exercice précédent. On compte 212 demandes d'accès à des renseignements personnels de plus que l'année dernière. Cette augmentation est attribuable en partie à la collaboration du Ministère au Programme national de réconciliation avec les orphelins et orphelines de Duplessis ayant fréquenté certaines institutions. Ce programme est administré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière



Parmi les demandes de 2007-2008, 58 % ont entraîné un accès total ou partiel, 5 % se sont soldées par un refus de communication et 37 % concernaient des documents non détenus par le Ministère ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours et moins dans 87 % des cas. Huit recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Nombre de demandes ayant obtenu une réponse du Ministère, selon le type de demande, 2006-2007 et 2007-2008

Type de demande	2006-2007	2007-2008
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	323	408
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	982	592
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	39	58

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2008-2009 avec, entre autres, la mise en œuvre du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels.

7.4 La politique linguistique

La Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été adoptée par le Ministère en novembre 1999, à la suite de la diffusion de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration. En 2007-2008, les communications verbales et écrites faites par le personnel du Ministère, dans l'exercice de ses fonctions, l'ont été dans le respect de la politique linguistique ministérielle. Le Comité permanent sur le suivi de la politique linguistique a reporté temporairement la révision de cette dernière afin de tenir compte des éventuels avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise.

7.5 Le développement durable

Conformément à la stratégie de mise en œuvre adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en février 2007, un comité ministériel de développement durable a été mis sur pied. Ce dernier, formé de représentants de toutes les directions générales, a pour principal mandat de coordonner le processus d'élaboration du plan d'action ministériel de développement durable, qui doit être rendu public au plus tard le 31 mars 2009. Les travaux du comité ont notamment permis d'établir la vision du Ministère en matière de développement durable, laquelle orientera grandement l'élaboration du plan d'action.

Au cours de la dernière année, le Ministère a continué d'assurer sa présence dans différents groupes de travail relatifs à la démarche gouvernementale de développement durable tout en poursuivant le travail de sensibilisation à l'interne, notamment par l'ajout d'une présentation lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants et par des rencontres avec différentes directions visant à préciser les pistes d'action ministérielles.

Notons également que, grâce aux efforts conjoints du Ministère et de la Société immobilière du Québec, l'édifice Catherine-de-Longpré, situé au 1075 chemin Sainte-Foy, à Québec, a obtenu la certification Visez vert de BOMA Québec.

Plan d'action sur les changements climatiques

L'action 16 du *Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques* du gouvernement du Québec demande « d'améliorer, d'ici 2010, l'efficacité énergétique dans les bâtiments publics de 10 à 14 % sous le niveau de 2003 et de réduire de 20 % la consommation de carburant dans les ministères et les organismes publics ».

Pour le Ministère, le défi en efficacité énergétique se situe dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Dans ce cas, une cible d'amélioration de 14 % par rapport au niveau de 2003 a été fixée pour 2010. En novembre 2007, on constatait déjà une amélioration de l'ordre de 9 %, ce qui porte à croire que la cible sera atteinte en 2010.

Afin de diminuer la consommation de carburant, le Ministère compte sur l'achat de véhicules écoénergétiques, sur la mise en place de règles de location et sur la sensibilisation à une conduite orientée vers l'économie d'essence en plus de favoriser le transport en commun. Dans cette visée, un premier véhicule hybride a été ajouté à la flotte ministérielle de véhicules.

L'action 17 du plan d'action consiste à « exiger que chaque ministère développe un programme visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre occasionnées par les déplacements des employés pour se rendre au travail », d'ici 2008. À ce titre, le Ministère a mis à la disposition des employés désirant adopter un transport actif des supports à vélo, des cases ainsi que des douches. Le site intranet du Ministère offre une rubrique « covoiturage » dans la section des petites annonces. Il faut également mentionner la mise en place, depuis plusieurs années, de la formule Abonne-Bus en collaboration avec le Réseau de transport de la Capitale, de même que l'incitation faite aux employés de favoriser le covoiturage et le transport en commun comme le train ou l'autobus pour les voyages interurbains.

L'action 21 du plan d'action prévoit la mise en place de mécanismes qui permettront de prévenir et d'atténuer les impacts des changements climatiques sur la santé et la sécurité publique.

Dans le domaine de la santé, le Ministère est notamment chargé de concevoir, d'élaborer et d'implanter trois systèmes de veille-avertissement et de surveillance des répercussions sanitaires des changements climatiques au Québec. Un premier système portera sur les vagues de chaleur dans les régions concernées, un deuxième vise l'émergence de maladies infectieuses sensibles au climat et un troisième concerne les problèmes de santé physique et psychosociale liés aux événements climatiques extrêmes. La mise en place de ces systèmes nécessite de nombreuses études et analyses sur les données existantes ainsi que sur les options concernant les systèmes à privilégier. Tous les travaux nécessaires à la mise en place de ces systèmes pour 2013 ont été amorcés par le Ministère et sont en cours.

Enfin, en plus de soutenir les adaptations de la gestion clinique, sociale et matérielle du réseau de la santé et des services sociaux et de former les intervenants, notamment ceux du milieu de la santé, des projets de démonstration (aménagement préventif des lieux et espaces habités) réalisés en collaboration avec les acteurs municipaux et du milieu scolaire sont prévus pour atténuer les répercussions sanitaires des changements climatiques sur les populations vulnérables.

Au cours de la dernière année fiscale (2007-2008), 183 082 $ ont été dépensés pour l'amorce des travaux et l'embauche de ressources assignées à la réalisation de ces différents projets.

7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sont composés d'un centre hospitalier universitaire (CHU), de centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU), d'instituts universitaires (IU) de même que de l'université à laquelle ces établissements sont affiliés. D'autres établissements de santé peuvent y être ajoutés à la discrétion de chaque RUIS.

Le mandat des RUIS consiste à formuler des propositions au ministre ou à toute agence visée, notamment sur l'organisation des services spécialisés et surspécialisés, le déploiement de programmes de formation de la main-d'œuvre médicale, la répartition des effectifs médicaux, les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau ainsi que le développement des technologies et de la recherche.

La Table de coordination nationale des RUIS (TCN) a comme responsabilités principales d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de même que de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année 2007-2008, cette table de concertation s'est réunie à cinq reprises sous la présidence du Dr Michel A. Bureau. Les résolutions formelles suivantes ont été adoptées :

- La Table de coordination nationale des RUIS donne un accord de principe à la création d'un consortium provincial inter-RUIS pour l'achat de documents électroniques en santé et autorise l'amorce des travaux (juin 2007).
- La Table de coordination donne un accord de principe à la résolution de la Table sectorielle mère-enfant de constituer une banque de données cliniques en néonatologie (juin 2007).
- La Table de coordination adopte les recommandations de la Table sectorielle en cardiologie portant sur les mesures immédiates à prendre pour réduire les listes d'attente en électrophysiologie cardiaque (juin 2007).
- La Table de coordination adopte la résolution de la Table sectorielle mère-enfant de créer un groupe de travail sur l'organisation des services de première et de deuxième lignes en pédiatrie et en obstétrique (septembre 2007).
- La Table de coordination adopte la résolution suivante de la Table sectorielle en génétique portant sur l'accès au dépistage prénatal du syndrome de Down (janvier 2008) :

  Les représentants des RUIS en génétique demandent au Ministère d'agir de manière à assurer l'accessibilité au dépistage du syndrome de Down, sur une base volontaire et après un consentement libre et éclairé, aux personnes qui souhaitent y avoir recours par l'intermédiaire du réseau de la santé et des services sociaux. Nous croyons que dans ce domaine, il est temps d'offrir des services coordonnés rencontrant des standards de pratique reconnus et vérifiables. Il s'agit d'une question d'éthique et d'équité.
- La Table de coordination adopte une résolution autorisant la création d'une table sectorielle dans le secteur de la douleur chronique (janvier 2008).

Au cours de l'année 2007-2008, la Table de coordination a mis sur pied une nouvelle table sectorielle dans le domaine de la douleur chronique. Cette table sectorielle a pour mandats d'assurer la quadruple mission des RUIS (soins, enseignement, recherche, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) et, plus spécifiquement, de proposer une organisation de services qui favorisera la hiérarchisation et la complémentarité.

Présentement, sept tables sectorielles sont en fonction : cardiologie tertiaire, oncologie, mère-enfant, génétique, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, soins infirmiers et douleur chronique.

7.7 Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général est coordonné par le vérificateur interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général qui ont été déposés depuis l'année 2001-2002.

Les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie (Tome I, 2001-2002)

La mise en œuvre du *Plan d'action 2005-2010 sur les services offerts aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité* s'est poursuivie au cours de l'année 2007-2008. Les actions se sont articulées autour de l'organisation des services, notamment :

- les réseaux intégrés de services ;
- le développement des services de soutien à domicile ;
- les services aux proches aidants ;
- la diversification des formules d'hébergement ;
- le développement des services et des milieux de vie qui répondent à des standards de qualité ;
- l'accès aux services spécialisés ;
- l'implantation des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile ;
- la mise en œuvre du plan national sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Les réseaux intégrés de services

L'intégration des services s'est imposée au cours des dernières années comme la stratégie permettant de régler les problèmes de continuité créés par le cloisonnement structurel. L'objectif est de faciliter l'accessibilité, la complémentarité et la coordination des services offerts à la population d'un territoire donné, sous la responsabilité d'instances locales et régionales. Depuis l'automne dernier, des répondants régionaux et des chargés de projets locaux se consacrant à la mise en œuvre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées ont été nommés dans toutes les régions, afin d'en intensifier le rythme d'implantation.

Une des conditions essentielles pour soutenir la mise en place et le fonctionnement en réseau de services intégrés est l'existence d'un système d'information interactif. L'architecture détaillée est terminée, et des composantes prioritaires (outils de repérage, outils d'évaluation et profils types de besoins) sont actuellement en expérimentation dans des sites pilotes.

Le développement des services de soutien à domicile

En complémentarité à la *Politique de soutien à domicile. Chez soi : le premier choix*, les efforts consacrés au soutien à domicile ont été accrus, permettant ainsi aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur propre milieu de vie. À cet égard, un montant de 35 millions de dollars a été alloué pour augmenter le nombre de personnes inscrites au soutien à domicile de même que l'intensité des services reçus. Ainsi, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus desservies atteint 15,1 % par rapport à une cible de 16 % visée pour 2010.

Par ailleurs, outre l'effort prévu pour rejoindre les personnes vivant dans les résidences pour personnes âgées grâce aux services de soutien à domicile, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées est entré en vigueur le 1er février 2007. Tous les exploitants de ces résidences devront détenir, le 1er février 2009, un certificat de conformité pour exploiter leur résidence. L'exploitant doit respecter un ensemble de critères sociosanitaires et certaines exigences définies dans le Règlement. En 2007-2008, le processus de certification s'est amorcé, et les agences de la santé et des services sociaux, responsables de la délivrance du certificat, ont intensifié les mesures pour soutenir et accompagner les exploitants dans leur demande de certification.

Les services aux proches aidants

Dans le cadre du plan d'investissement 2007-2008, un montant de dix millions de dollars a été consenti pour le développement de formules novatrices de soutien aux proches aidants. Dans ce contexte, des mesures de répit diversifiées, souples et adaptées aux besoins particuliers des proches aidants de personnes âgées résidant à domicile sont en voie d'élaboration.

La diversification des formules d'hébergement

Le Ministère poursuit l'objectif d'améliorer l'accès aux services et, conséquemment, de soutenir le développement de formules diversifiées de logement en vue d'offrir le plus d'options possible aux personnes aînées en perte d'autonomie et à leurs proches. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration de projets novateurs reposant sur un partage des responsabilités entre des partenaires des secteurs privé et communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, 31 projets ont été mis en place dans 16 régions. Une équipe de recherche évalue actuellement les projets novateurs, et un rapport final devrait être soumis au Ministère à l'automne 2008.

Le développement des services et des milieux de vie qui répondent à des standards de qualité

Les visites d'appréciation de la qualité se poursuivent dans les établissements. À cet égard, 56 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que 15 ressources intermédiaires ont été visités entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008. Depuis 2003-2004, les CHSLD ont été visités à un rythme de 10 % par année. La cible a été rehaussée à 12 % pour les visites prévues de septembre 2007 à juin 2008.

En ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie et des services dans les CHSLD, un montant de 14 millions de dollars a été investi pour le déploiement d'une formation des préposés aux bénéficiaires en CHSLD et en centres hospitaliers. Le programme est en voie d'élaboration par un comité d'experts. Fortement axée sur le savoir-être dans un contexte de milieu de vie, cette formation vise à développer les compétences suivantes : compétences d'observation et de communication, compétences relationnelles avec la clientèle, compétences liées aux divers problèmes physiques, cognitifs et psychologiques de la clientèle, et compétences liées à la connaissance et au respect des droits de la personne. À l'hiver 2009, le programme de formation sera disponible à l'ensemble des préposés aux bénéficiaires travaillant en CHSLD.

Le virage vers la communauté permet de réserver les places en CHSLD aux personnes qui présentent des besoins plus complexes sur le plan clinique. En 2007-2008, le Ministère a injecté un montant additionnel de 20 millions de dollars pour l'hébergement en CHSLD.

L'accès aux services spécialisés

Des travaux ont été menés afin de convenir d'un plan de travail avec les directions impliquées dans la définition de l'offre de services spécialisés dans chaque région.

L'implantation des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile

En 2007-2008, des travaux ont été effectués sur l'intervention multifactorielle personnalisée, laquelle s'adresse à des personnes qui ont déjà fait une chute et sont inscrites au soutien à domicile.

La mise en œuvre du plan national sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

En 2007-2008, un comité d'experts a été formé afin de définir un plan de travail qui visera la mise en place d'une organisation basée sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

La gestion de la durée moyenne des séjours hospitaliers et la pertinence des hospitalisations (Tome II, 2001-2002)

Les travaux du groupe de travail, en collaboration avec l'Association d'orthopédie du Québec, ayant pour mandat de définir des standards et des normes de pratique afin de favoriser une diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers et un retour précoce à domicile pour une grande majorité des cas, ne sont pas recommencés. Cependant, le Ministère soutient financièrement l'implantation et le déploiement de trois cliniques interdisciplinaires en musculo-squelettique. Il s'agit d'une approche novatrice visant à s'assurer que la majorité des patients peuvent avoir rapidement accès à un chirurgien orthopédique lorsque leur condition médicale l'exige. Ce concept de clinique en musculo-squelettique permet d'optimiser la trajectoire clinique en classant les cas selon leur besoin d'intervention. La création d'un guichet unique de réception des patients permet de diriger la clientèle vers le bon intervenant, d'identifier promptement et avec précision la problématique, d'amorcer le plan de traitement adéquat et d'effectuer une prise en charge standardisée par une équipe interdisciplinaire sur un continuum. Ainsi, le patient pourra bénéficier d'une réduction significative de la durée de l'épisode de soins grâce à l'optimisation que permet ce type de clinique.

La gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux (Tome II, 2001-2002)

En matière de planification, le Bureau du Dossier de santé du Québec (DSQ) a élaboré en décembre 2007 un plan maître du déploiement au sein de l'ensemble des régions administratives. Une architecture fonctionnelle de sécurité des infrastructures du réseau sociosanitaire a été adoptée en juin 2007. Les représentants de la Direction des ressources informatiques (DRI) ont participé à de nombreux travaux de normalisation menés par Inforoute Santé du Canada (ISC).

Pour coordonner l'ensemble des projets du DSQ, une structure de gestion de projets a été mise en place, notamment un bureau des projets. Le Bureau du Dossier de santé du Québec et la Direction des ressources informatiques ont créé des comités stratégiques et tactiques visant à assurer une meilleure coordination de leurs activités, notamment le comité des partenaires, le comité stratégique et le comité de coordination DRI-DSQ. Des représentants du Bureau du Dossier de santé du Québec siègent au Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles depuis le début du projet. Des représentants de la Direction des ressources informatiques sont invités à participer à diverses instances mises en place par le Bureau du Dossier de santé du Québec, dont la table d'architecture et la rencontre des chargés de projets. Enfin, le Bureau du Dossier de santé du Québec a tenu, en mars 2008, deux journées d'information à l'intention des régions, auxquelles ont assisté plus de 150 personnes.

En vue d'améliorer la gestion des investissements, une méthode d'analyse coûts-bénéfices promue par le ministère des Services gouvernementaux – la Méthode d'analyse de la remontée de la valeur (MAREVA) – a été expérimentée. Une équipe de projet du Bureau du Dossier de santé du Québec se consacre exclusivement à l'évaluation des bénéfices.

Les divers projets majeurs financés par le plan triennal d'investissement doivent dorénavant être accompagnés d'une stratégie de gestion du changement. Afin de faciliter le changement, le Bureau du Dossier de santé du Québec a créé le Réseau de soutien et de validation par les pairs, composé de cliniciens leaders dans leurs champs de pratique qui agissent à titre d'ambassadeurs auprès de leurs collègues. Ce réseau comprend aussi un comité consultatif clinique, qui agit en tant que conseiller à propos des grandes orientations des systèmes et des besoins d'affaires et cliniques, ainsi que différents comités d'utilisateurs cliniques, techniques ou clinico-administratifs, qui donnent des avis sur les processus et les fonctionnalités des systèmes à développer.

Une méthodologie de gestion des risques relatifs au projet de technologies de l'information a été conçue spécialement pour les besoins du Ministère. Cette méthodologie systématique et rigoureuse a été expérimentée par une équipe de projets. Le Bureau du Dossier de santé du Québec a mis en place un comité de revue des risques ainsi qu'un comité conjoint avec Inforoute Santé du Canada sur la gestion des risques.

Afin d'améliorer le suivi et la reddition de comptes, le rapport de suivi des projets sous la responsabilité de la Direction des ressources informatiques a été complètement revu. Le Bureau du Dossier de santé du Québec produit mensuellement un rapport de suivi de chaque projet, qui est soumis au comité de direction du DSQ. En plus d'exiger un manuel d'organisation de projet définissant les responsabilités des intervenants et les objectifs détaillés mensuels, le DSQ requiert un engagement régional au regard des bénéfices cliniques pour les usagers.

Les services de santé mentale (Tome II, 2002-2003)

Le développement des services de première ligne en santé mentale, tant pour les adultes que pour les jeunes, se poursuit. À la fin de l'exercice 2007-2008, 29 des 43 centres de santé et de services sociaux (CSSS) couvrant une population de plus de 50 000 habitants avaient une équipe de services de première ligne en santé mentale pour adultes en place ou en voie de consolidation. Autant de CSSS avaient une équipe de services de première ligne pour jeunes en place ou en voie de consolidation. De plus, les difficultés que connaît l'implantation du plan d'action en santé mentale à Montréal commencent à se résorber, et on observe la mise en place des premières équipes de services de première ligne.

Sur la question de l'accès aux services, le Ministère travaille avec la SOGIQUE afin d'adapter le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés à l'environnement de la santé mentale et de la psychiatrie, de façon à pouvoir mesurer l'accès aux services de première, deuxième ou troisième ligne selon les balises proposées dans le plan d'action en santé mentale.

La gestion des répercussions sociales et économiques liées aux jeux de hasard et d'argent (Tome II, 2002-2003)

En 2007-2008, le Ministère a poursuivi ses efforts en relation avec les recommandations émises par le Vérificateur général. Ainsi, dans le cadre de la reconduction du *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*, les mesures prévues au regard de la prévention et du traitement des joueurs pathologiques ont continué d'être appliquées dans chacune des régions du Québec.

Par ailleurs, en août 2007, le Ministère a accordé au Centre Dollard-Cormier de Montréal le statut d'institut universitaire en dépendances. Cet institut vise à raffermir les liens entre la recherche et la pratique dans le but de perfectionner l'intervention, notamment auprès des personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique. Dans ce contexte, le Ministère

a confié à l'institut le mandat d'opérationnaliser le programme de formation de première ligne. Cette formation a pour but d'outiller les intervenants psychosociaux et les infirmières des CSSS, afin de favoriser la détection des personnes ayant des problèmes de jeu excessif et leur accès aux services. Son déploiement est prévu en 2008-2009.

De plus, en novembre 2007, le Ministère a rendu publique son *Offre de service en dépendances 2007-2012*, qui inclut le jeu pathologique. Son objectif est notamment de faciliter le cheminement des joueurs en difficulté vers les niveaux de services appropriés en resserrant la coordination entre les CSSS et les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Parmi les autres actions accomplies, soulignons :

- le renouvellement des campagnes nationales de sensibilisation ciblant les jeunes, les adultes et les communautés autochtones ;
- la mise en œuvre, en concertation avec les partenaires impliqués, dont Loto-Québec, de plans d'action et d'intervention ciblant les salons de jeux (Ludoplex) de Québec et de Trois-Rivières ;
- la bonification des services de traitement en interne pour les joueurs en difficulté des régions de l'Outaouais et de Lanaudière ;
- la présentation d'un colloque sur les jeux de hasard et d'argent dans les régions de Laval et des Laurentides.

En 2007-2008, dans le cadre du Programme de recherche thématique portant sur les impacts socio-économiques des jeux de hasard et d'argent, deux concours ont été lancés qui ont permis le financement de huit projets de recherche et de trois bourses doctorales.

Deux projets ont aussi été financés dans le cadre d'appels de propositions ciblés :

- *L'évaluation de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005* : les travaux seront menés par la firme privée SOGEMAP. Le projet a débuté en avril 2008, et le rapport final est attendu pour septembre 2009.
- *L'évaluation des impacts de la ligne Jeu : aide et référence et de services qui y sont rattachés (soit le service d'aide téléphonique et le service d'aide par Internet)*. Le projet débutera en juin 2008 ; il durera 18 mois.

Travaux interprovinciaux

Dans le cadre de travaux interprovinciaux sur le jeu pathologique, le Ministère s'est associé à d'autres provinces canadiennes en vue de l'élaboration d'un cadre conceptuel permettant de mesurer les répercussions socio-économiques des jeux de hasard et d'argent. Le *Cadre conceptuel de l'impact socio-économique du jeu* a été rendu public en février 2008.

La gestion des services sociaux aux jeunes (Tome I, 2003-2004)

En janvier 2008, monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, a procédé au lancement du document *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*. Ces orientations traduisent les attentes ministérielles envers les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés, et s'inscrivent en continuité avec les orientations déjà adoptées et les consensus établis, notamment en ce qui concerne le virage vers les services de première ligne ainsi que la hiérarchisation et le continuum des services. Elles précisent les services à mettre en place dans tous les territoires d'ici 2012, les objectifs à atteindre et la clientèle visée. Elles soutiennent, en outre, l'élaboration de projets cliniques. Dans ce document, plus de 200 standards d'accès, de

continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience sont définis. Ces standards permettront de répondre à plusieurs recommandations du Vérificateur général, notamment celles relatives à la coordination des services et aux moyens pour favoriser la qualité de la pratique professionnelle.

Par ailleurs, le 9 juillet 2007, la majorité des articles de la Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et d'autres dispositions législatives, adoptée le 15 juin 2006, sont entrés en vigueur. Ces modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse répondent aux recommandations du Vérificateur général concernant la mise en place de mécanismes de référence permettant aux centres jeunesse (CJ) d'informer les CSSS des besoins de certains jeunes. De plus, d'autres modifications à la Loi feront en sorte d'assurer un milieu de vie stable aux enfants placés, comme le recommandait le Vérificateur général. À titre d'exemple, de nouvelles dispositions législatives déterminent des durées maximales de placement en fonction de l'âge de l'enfant. De plus, le Ministère a élaboré un projet de règlement portant sur l'aide financière pour favoriser la tutelle à un enfant pris en charge en vertu de la Loi. L'entrée en vigueur de ce règlement est prévue pour le 7 juillet 2008.

Pour la mise en œuvre de la réforme de la Loi, le Ministère a alloué une somme de 30 millions de dollars en 2007-2008. Cette somme a notamment été consacrée à la consolidation des services de première ligne ainsi qu'aux services offerts en centres jeunesse.

Les laboratoires de biologie médicale (Tome I, 2003-2004)

En matière d'organisation des services, toutes les agences de la santé et des services sociaux poursuivent leurs travaux sur un plan d'organisation territoriale respectant les orientations ministérielles publiées en juin 2005 sous le titre *Organisation territoriale des services de biologie médicale*. Le Ministère a effectué des suivis auprès des agences relativement à certains volumes d'activité. L'organisation de services est également prise en compte au cours de l'analyse des demandes d'équipements soumises au Ministère. Le comité sur la facturation des services de biologie médicale a révisé les règles concernant les ventes de services. La facturation intrarégionale sera abolie d'ici le 1er avril 2010, et la facturation interrégionale le sera le 1er avril 2011. De plus, le Ministère poursuit ses travaux pour la mise en place d'un système d'information mieux adapté aux besoins des utilisateurs, soit le Ministère, les agences et les établissements, afin de faciliter la production et la diffusion des données dans les délais prescrits.

Le Régime général d'assurance médicaments (Tome II, 2003-2004)

La publication de la *Politique du médicament*, le 1er février 2007, a permis de répondre à plusieurs recommandations formulées par le Vérificateur général. Les principales actions découlant de cette politique, qui ont été mises en œuvre au cours de l'exercice 2007-2008, sont présentées à la partie 3 du présent rapport annuel de gestion. De même, les données sur l'accessibilité économique aux médicaments, dont il est aussi question à la partie 3 de ce rapport, permettent de répondre à une préoccupation du Vérificateur général à l'égard des indicateurs de performance du régime public d'assurance médicaments.

Outre les moyens mis en œuvre dans le cadre de la *Politique du médicament*, mentionnons l'entente intervenue entre le ministre et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, qui est entrée en vigueur le 1er avril 2007. Cette entente a permis de prendre en compte la préoccupation du Vérificateur général et d'abroger la lettre d'entente n° 2 convenue en février 1995. La nouvelle lettre d'entente n° 1 précise le mécanisme convenu pour suivre l'évolution des coûts des services couverts par l'entente, incluant l'évolution des services de pilulier.

Le montant de la compensation établie par la Régie de l'assurance maladie du Québec et versée au Fonds de l'assurance médicaments pour l'application de la règle de 15 ans a été revu et tient compte maintenant de l'ensemble des clientèles du régime public et non seulement des adhérents. En conséquence, cette compensation est passée de dix millions de dollars en 2005-2006 à 30 millions de dollars en 2006-2007, puis à 41,2 millions de dollars en 2007-2008.

La vérification interne au gouvernement du Québec (Tome I, 2004-2005)

En relation avec le rapport du Vérificateur général du Québec, une partie des recommandations du plan d'action produit à la suite de l'évaluation externe de l'assurance qualité de la Direction de la vérification interne effectuée en 2006-2007 a été appliquée.

L'évaluation visait à vérifier la conformité des pratiques de la Direction avec celles des *Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne* de l'Institut des vérificateurs internes (The Institute of Internal Auditors, IIA).

Le rapport d'avril 2007 précisait que, depuis sa constitution en 2002, la Direction de la vérification interne s'était donné comme priorité le développement de la fonction sur des bases solides, dont une contribution significative à la mise en œuvre progressive d'un processus de gouvernance pour le Ministère et son réseau.

Le rapport concluait que, « sans perdre de vue les acquis précédents, la vérification interne devait maintenant poursuivre son évolution en accordant une attention particulière aux services de vérification interne dits d'assurance, lesquels comportent des travaux ciblés vers l'examen des risques importants en liaison avec les champs d'activité qui forment le périmètre d'intervention du mandat de vérification interne ».

L'application de cette recommandation majeure nécessitait de cartographier les principaux risques du Ministère. Ce travail de documentation des risques et des contrôles s'est fait en atelier en collaboration avec les ressources des équipes sous-ministérielles, les membres du Comité de vérification et l'ensemble de la gouvernance du Ministère.

La prochaine étape sera la rédaction de la politique de gestion des risques associée à une formation des gestionnaires. La gestion des risques à l'échelle de l'organisation commandera un processus de suivi et de reddition de comptes intégrés à tous les niveaux de l'organisation.

Ainsi, la Direction de la vérification interne pourra planifier ses travaux au Ministère non seulement en fonction des risques potentiels, mais elle devra également évaluer pour 2008-2009, en collaboration avec les membres du Comité de vérification, la stratégie de vérification interne à mettre en œuvre concernant les agences et les établissements de santé et de services sociaux.

Le service d'imagerie médicale (Tome I, 2004-2005)

Depuis 2003, le gouvernement du Québec a multiplié les efforts afin d'améliorer les infrastructures publiques, et le Plan québécois des infrastructures a été mis en œuvre à l'automne 2007 afin d'en assurer la pérennité. Il s'agit d'investissements de l'ordre de 30 milliards de dollars répartis sur une période de cinq ans, dont 7 milliards de dollars dans le secteur de la santé.

En relation avec les orientations du gouvernement de même qu'avec certaines recommandations du rapport Castonguay, le Ministère a élaboré deux cadres de gestion visant le remplacement et le rehaussement des parcs d'équipement médical, non médical et mobilier des établissements du réseau de la santé et des services sociaux s'appuyant sur les principes d'imputabilité et de subsidiarité. Ainsi, chaque établissement dispose, depuis le 1er avril 2008,

d'une enveloppe récurrente pour assumer ses responsabilités en matière de maintien des parcs d'équipement en conformité avec sa mission, le plan d'organisation régional, les paramètres nationaux et les plans d'organisation ministériels. Les objectifs visés sont l'augmentation de l'accessibilité et de la sécurité des services, l'assurance que le parc d'équipement du réseau sera capable de faire face à l'évolution technologique, une efficience améliorée de l'utilisation des ressources par une planification rigoureuse et un nouveau mécanisme de reddition de comptes.

Enfin, en ce qui concerne l'amélioration de la qualité, les travaux de révision de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres sont terminés et ont été déposés à la Direction des affaires juridiques pour fins de rédaction du projet de loi.

Le déploiement de la tomographie par émission de positrons permet au Québec d'occuper une position de leader dans ce domaine. Actuellement, sept centres sont en fonction, soit le CHUM, le CHUS, le CHUQ, le CUSM, l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le CHU Sainte-Justine. Cinq autres centres constituant la phase III du déploiement sont en processus d'acquisition et d'installation des appareils. Ce sont le CSSS de Rimouski-Neigette, l'Hôpital Laval, le CSSS de Chicoutimi, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et le CSSS de Gatineau. Ces centres seront en fonction à la fin de 2008 ou en 2009.

En 2007, le Québec comptait 51 appareils de résonance magnétique en fonction, et huit centres ont reçu l'autorisation d'implanter cette technologie. Donc, il y aura sous peu 59 appareils en fonction au Québec. Le nombre d'examens de résonance magnétique effectués pendant l'année financière 2005-2006 a été de 143 272, de 160 284 en 2006-2007 et de 174 008 en 2007-2008, ce qui représente une augmentation de production de 9 % pour la dernière année.

Le continuum de services en traumatologie (Tome II, 2004-2005)

Depuis la recommandation émise par le Vérificateur général du Québec, plusieurs travaux ont été effectués et d'autres se poursuivent ou sont en suspens :

- Toutes les régions du Québec, sauf la région de la Capitale-Nationale, ont déposé un plan directeur régional en traumatologie qui a fait l'objet d'un suivi de la part du Ministère au regard des recommandations s'y rapportant.
- Le premier volet du portail Internet gouvernemental, à caractère informatif et destiné au grand public, est utilisé tant par des personnes du réseau de la traumatologie que par le grand public. Le deuxième volet, à portée évaluative celui-là, est actuellement mis en ligne pour la portion élaborée jusqu'à maintenant. Des attentes ont été signifiées à l'ensemble des centres de traumatologie, soit de mettre en ligne leur programme de traumatologie et leur procédure. À l'heure actuelle, une partie des centres de traumatologie a répondu à cette attente. Or, depuis janvier 2008, la Société de l'assurance automobile du Québec a signifié au Ministère sa position de désengagement et recommande que le Ministère prenne à sa charge le système mis en place et assume le leadership du développement futur. Des solutions sont actuellement envisagées.
- La refonte du Registre des traumatismes du Québec est presque terminée, et sa nouvelle version sera implantée au cours de l'année 2008-2009 dans tous les centres de traumatologie (61 établissements). Il servira de système d'information de gestion, d'outil d'appréciation de la qualité des services offerts ainsi qu'à la recherche. Quant aux données relatives aux services de réadaptation, les discussions n'ont pas avancé avec les représentants de ce secteur d'activité dans le but de définir le contenu d'un registre de base. Il apparaît essentiel que l'élaboration de ce registre et son arrimage au Registre des traumatismes soient facilités.

Les services préhospitaliers d'urgence au Québec (Tome II, 2004-2005)

Le rehaussement de la formation des techniciens ambulanciers

En septembre 2006, la formation menant au diplôme d'études collégiales (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence (SPU) débutait au Collège Ahuntsic et au Cégep de Sainte-Foy. Outre les cours de la formation générale, le DEC en soins préhospitaliers d'urgence double la formation spécifique nécessaire pour exercer la fonction de technicien ambulancier paramédic. Quant à l'attestation d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence, instaurée en 1994, elle poursuivra ses activités jusqu'en 2009 ou même 2010, selon les besoins évalués par le processus de révision en cours du plan de main-d'œuvre. Depuis décembre 2007, six autres collèges ont reçu l'autorisation du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour donner l'enseignement du DEC en techniques ambulancières. Il s'agit du Cégep de Chicoutimi, du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, du Cégep de l'Outaouais, du Cégep John Abbott, situé à Montréal, du Cégep de Rivière-du-Loup ainsi que du Campus Notre-Dame-de-Foy, qui est un collège privé.

Les premiers répondants

Le Ministère continue le financement de l'implantation par le Service de sécurité incendie de Montréal, du service des premiers répondants sur le territoire de l'agglomération, selon les termes de l'entente intervenue en 2006 avec la Ville. Vingt-cinq casernes avec premiers répondants sur un total possible de 66 sont maintenant en activité.

Le Ministère, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, poursuit les efforts pour encourager et soutenir toute municipalité qui souhaite implanter un service de premiers répondants. Il y a actuellement 194 services de premiers répondants en activité sur le territoire québécois. Un soutien financier est apporté au moment de l'implantation de tout nouveau service. Ce soutien inclut, outre l'équipement de base, les services d'encadrement clinique ainsi que les formations initiales et continues nécessaires au respect des normes ministérielles en la matière.

La Corporation d'urgences-santé

Des rencontres statutaires entre la direction générale de la Corporation et la Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence du Ministère ont lieu sur une base régulière. Ces rencontres permettent au Ministère d'assurer un suivi de plusieurs dossiers en cours, notamment :

- l'entente de gestion conclue en octobre 2006 avec la Corporation et les agences de Montréal et de Laval (entente échue depuis le 31 mars 2008) ainsi que la négociation d'une nouvelle entente y faisant suite ;
- l'entente avec la Ville de Montréal concernant l'implantation d'un service de premiers répondants ;
- la révision du plan régional de pandémie ;
- l'aménagement du siège social de la Corporation et le projet de déménagement de celui-ci (budget, normes, etc.) ;
- l'état des négociations syndicales entre la Corporation et les techniciens ambulanciers paramédics ;
- la planification de la main-d'œuvre paramédicale et les effectifs disponibles pour la période estivale 2008 ;
- l'implantation du registre national des techniciens ambulanciers paramédics et ses répercussions pour la Corporation ;

- la situation financière de la Corporation (ajustements budgétaires liés à la hausse du coût des véhicules, du diesel et des moniteurs défibrillateurs semi-automatiques) ;
- le dossier concernant la cotisation à la Commission de la santé et de la sécurité du travail ainsi que les méthodes de financement proposées pour y faire face.

Les orientations ministérielles relativement aux services préhospitaliers d'urgence

Le Ministère assure la diffusion et la compréhension des orientations ministérielles relativement aux services préhospitaliers d'urgence à ses partenaires au cours des réunions des directeurs médicaux régionaux et des rencontres tenues avec les coordonnateurs régionaux des services préhospitaliers d'urgence à l'œuvre dans les agences. De plus, les principaux partenaires, soit les entreprises, les syndicats, les organismes municipaux ou les autres, sont périodiquement informés des orientations susceptibles d'avoir une incidence sur leur organisation.

À la suite d'un mandat que lui confiait le ministre, le Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois (comité Gauthier), mis sur pied en décembre 2006, a déposé son rapport en octobre 2007. Ce comité avait comme mandats d'identifier des outils susceptibles d'améliorer le système préhospitalier et de concevoir de nouvelles approches pour :

- évaluer la demande et l'offre de services, laquelle serait applicable aux différents types de territoires ;
- aider à la prise de décision concernant toute réorganisation des services ambulanciers en tenant compte des particularités propres aux territoires considérés (zones et regroupement de zones) ;
- proposer des modalités pour assurer la qualité des services fournis à la population en effectuant une révision de l'organisation du travail des techniciens ambulanciers, incluant les différents types d'horaires de travail.

Le ministre a entériné les orientations préconisées par les recommandations du Comité et demandé que certaines soient actualisées. L'une des principales recommandations porte sur la mise en place de projets pilotes modifiant certains horaires de travail des techniciens ambulanciers dans cinq régions du Québec et l'évaluation de l'impact de ces transformations sur les temps de réponse ainsi que sur la mortalité et la morbidité de la population desservie.

Le Ministère poursuit les travaux nécessaires afin d'harmoniser des normes de temps de réponse comparables et applicables pour l'ensemble des régions du Québec. Ces normes devront tenir compte du réseau de couverture, du type de population, de sa densité et des différents niveaux d'intervenants.

La formation de la population en premiers soins et en réanimation

Le Ministère a ciblé la population étudiante du secondaire pour un projet de formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR). Sur ce chapitre, le Ministère a continué à soutenir la Fondation ACT dans son objectif d'offrir un programme de formation de base en RCR aux élèves intéressés du deuxième cycle du secondaire. Un total de 193 écoles secondaires participent au programme. En 2007-2008, 27 000 jeunes ont reçu la formation en RCR, ce qui porte à 65 000 le nombre total de jeunes ayant reçu cette formation depuis le début du programme de la Fondation ACT.

Les centres de communication santé

La consolidation des réseaux de télécommunication s'est poursuivie, sous réserve des contraintes budgétaires. À ce jour, neuf centres de communication santé (CCS) reconnus couvrent 14 régions. Deux régions, soit Lanaudière et Laurentides, sont encore desservies par des centrales privées logeant dans des entreprises ambulancières. Toutefois, le ministre a récemment accepté que ces deux régions mettent en place le dixième et dernier CCS devant compléter le réseau de couverture pour l'ensemble du Québec, à l'exception des régions nordiques, qui ont un mode de fonctionnement qui leur est propre et qui ne nécessite pas d'infrastructures aussi lourdes que les CCS. L'autorisation ministérielle touchant les régions de Lanaudière et des Laurentides a été accordée en janvier 2008 ; un plan d'affaires a été déposé par les deux agences, et les ressources financières nécessaires à la mise en place du CCS Lanaudière–Laurentides en 2008-2009 sont assurées.

La reddition de comptes des entreprises ambulancières

Des travaux sont en cours pour redéfinir le contenu du contrat minimal de service liant les entreprises ambulancières et les agences (rôles et obligations, paramètres et règles de financement, mécanismes de reddition de comptes). Le premier contrat, qui couvrait la période du 1er septembre 2003 au 31 mars 2006, a été reconduit jusqu'au 31 mars 2009. Le nouveau contrat devra contenir un processus davantage transparent au chapitre de l'imputabilité et de la reddition de comptes que les entreprises devront respecter. Les discussions ont commencé au début d'avril 2008.

Transport sanitaire aérien

Il faut noter la consolidation du transport sanitaire aérien par l'acquisition prochaine de nouveaux appareils, qui permettront de remplacer l'avion-hôpital et d'ajouter un avion-ambulance pour les urgences sans médecin et la néonatologie. Un processus d'appel d'intérêt est actuellement en cours pour impartir l'ensemble des activités de navette (transport sanitaire aérien de la clientèle stable sans escorte médicale) aux opérateurs privés. L'expérience acquise au cours des dernières années avec l'entreprise privée assurant le service du territoire ouest de la province s'est avérée un succès sur ce chapitre, d'où l'intérêt du Ministère pour l'application du principe à l'ensemble du territoire.

La gestion des projets immobiliers (Tome I, 2005-2006)

Comme pendant les exercices précédents, le Ministère a poursuivi, en 2007-2008, les efforts entrepris afin de donner suite aux diverses recommandations du Vérificateur général du Québec en ce qui a trait à la gestion des projets immobiliers. Voici ses principales réalisations à cet égard.

Grâce à une démarche concertée, le Ministère et la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) ont conclu une convention d'entente-cadre de gouvernance en matière de projets d'immobilisations, qui vise l'ensemble de l'offre de services de la Corporation en matière de projets immobiliers, dont celle d'agir à titre de gestionnaire de projets. Cette offre de services s'intégrera dans le cadre de gestion des projets immobiliers du réseau sociosanitaire, qui définit les différentes étapes et les responsabilités en matière de gouverne concernant les projets. La désignation par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'un gestionnaire de projets responsable à la fois de l'échéancier, du respect du programme et du budget sera prévue dans le cadre de gestion et en constituera la pierre angulaire ; en outre, ce cadre de gestion précisera clairement les rôles et responsabilités des différents acteurs. Ce nouveau cadre de gestion entrera en vigueur prochainement en conjonction avec les trois projets de règlements découlant de la Loi sur les contrats des organismes publics, soit le Règlement sur

les contrats d'organismes publics, le Règlement sur les contrats de travaux de construction des organismes publics et modifiant d'autres dispositions réglementaires et le Règlement sur les contrats de services des organismes publics et modifiant d'autres dispositions réglementaires. Ces projets de règlements uniformiseront les règles en la matière applicables à la Corporation d'hébergement du Québec et aux établissements du réseau, avec le nouveau Règlement ministériel sur la procédure à suivre pour les projets de construction d'immeubles du réseau, qui sera mis en vigueur simultanément. Tous ces projets de règlements ont été prépubliés en décembre 2007.

De plus, le Ministère a mis en place un comité consultatif sur le régime de propriété des nouveaux immeubles du réseau de la santé et des services sociaux. Le mandat de ce comité est de déterminer les enjeux et éléments d'analyse qui pourront guider ultérieurement le positionnement du Ministère dans le choix des lignes directrices au regard de la propriété des immeubles du réseau. Le comité est constitué de représentants de l'Agence des partenariats public-privé du Québec, du Conseil du trésor, de la Corporation d'hébergement du Québec de même que du ministère des Finances.

Il importe également de mentionner que le gouvernement a sanctionné, en décembre 2007, la Loi favorisant le maintien et le renouvellement des infrastructures publiques. Cette loi prévoit une planification pluriannuelle des besoins et des perspectives financières en matière d'ajout, d'amélioration et de développement immobiliers. Cet élément constitue l'un des deux intrants nécessaires pour amorcer la réalisation de plans régionaux immobiliers optimaux, cohérents avec la perspective de services et la capacité financière.

Enfin, le 13 février 2008, le Ministère a fait état devant la Commission de l'administration publique des actions correctives entreprises à la suite des recommandations émises par le Vérificateur général du Québec dans son rapport 2005-2006.

La gestion des immeubles dans le réseau de la santé et des services sociaux (Tome I, 2005-2006)

Au cours de l'année 2007-2008, le Ministère a poursuivi ses travaux entourant la mise en place d'Actifs+ Réseau. La phase 1 de cet outil de gestion informatisé, pleinement opérationnel depuis janvier 2008, permet d'élaborer les plans de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) en vue de l'année 2008-2009, et de les acheminer, pour l'obtention d'un avis de conformité, aux agences de la santé et des services sociaux de même qu'au Ministère. Préalablement à la livraison du système pour la production des PCFI, divers travaux ont été nécessaires au cours de l'exercice 2007-2008 : l'acquisition d'une solution commerciale, l'adaptation et la validation du système, la formation des formateurs régionaux, la formation des utilisateurs dans les établissements et l'application de mesures transitoires.

La normalisation des processus et des données a également été achevée au cours de l'année 2007-2008, et ce, en vue du déploiement de la phase 2 d'Actifs+ Réseau prévue en 2008-2009. À titre d'information, cette deuxième phase permettra d'élaborer un indicateur de gestion afin de mesurer l'évolution de l'état de vétusté du parc immobilier du réseau. Cet indice sera un témoin important de la progression de l'amélioration de son état physique au gré de la réalisation des PCFI au cours des années à venir.

Enfin, le 13 février 2008, le Ministère a fait état devant la Commission de l'administration publique des actions correctives entreprises à la suite des recommandations émises par le Vérificateur général du Québec dans son rapport 2005-2006.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées (Tome II, 2005-2006)

En 2007-2008, le Ministère a poursuivi ses travaux afin d'effectuer une évaluation de l'ensemble de ses programmes d'aides techniques et d'en apprécier la performance. Plusieurs de ces programmes sont actuellement en révision, et l'intégration des programmes ayant des fins semblables est menée simultanément.

Les travaux portent sur les programmes des aides motrices et des aides visuelles. L'objectif est de confier ces programmes à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) afin qu'elle agisse à titre de fiduciaire. Pour ces secteurs d'activité, la segmentation sera diminuée, ce qui permettra la simplification et l'harmonisation des processus administratifs. Cette intégration permettra également d'avoir des données sur l'ensemble de ces aides techniques par l'entremise du même système d'information basé à la Régie.

Le *Guide de gestion du programme d'aides matérielles pour la fonction d'élimination* a été modifié pour mieux baliser l'accès à ce type d'aides et éviter le dédoublement de services avec le programme des stomies. Un état de situation a également été fait dans toutes les régions pour répertorier les personnes qui ont accès à de l'aide financière provenant des deux programmes et les raisons qui ont justifié cet accès. L'analyse permettra d'évaluer la pertinence d'apporter d'autres changements à ces deux programmes.

L'analyse de la subsidiarité des programmes a amené le Ministère à prendre en charge de façon différente la responsabilité de certains d'entre eux et les exercices de leur mise à jour. Il a regroupé les programmes ayant une fin de santé physique dans la direction responsable de ce programme-services à l'interne, notamment les programmes d'alimentation entérale, de services aux laryngectomisés, d'hémodialyse à domicile, d'oxygénothérapie et de ventilothérapie.

Programmes d'assistance respiratoire et d'oxygénothérapie à domicile

Depuis les recommandations émises par le Vérificateur général du Québec, plusieurs travaux ont été amorcés.

Les deux programmes ont été transférés de la Direction générale des services sociaux à la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire à la suite de l'évaluation des outils existants et du réseau d'intervenants nécessaires à l'élaboration d'un réseau efficace intégré et hiérarchisé dans un continuum de soins spécialisés. Les premiers constats montrent le besoin d'améliorer l'accessibilité de même que la continuité des services entre les différents niveaux de services avec la collaboration des principaux intervenants du réseau de la santé.

Ventilothérapie à domicile

Des rencontres avec les fiduciaires et une évaluation préliminaire des besoins des clientèles du programme de ventilothérapie à domicile ont été faites. Des travaux concernant l'ouverture de centres satellites régionaux ont commencé. Des changements organisationnels sont en cours d'élaboration avec les principaux intervenants du réseau pour réduire la liste d'attente et diminuer les délais de retour à domicile.

En 2008-2009, le Ministère octroiera des allocations budgétaires supplémentaires pour répondre à l'augmentation de la clientèle et réduire la durée de séjour en lits de courte durée des usagers en attente d'une prise en charge à domicile. Le Ministère mettra en place un comité d'experts ayant pour mandat la révision du cadre de référence basée notamment sur la pertinence, l'analyse des dédoublements et les mécanismes de suivi afin d'améliorer la prise en charge des usagers.

Oxygénothérapie à domicile

En 2008-2009, le Ministère mettra en place un comité d'experts avec pour mandat la révision du cadre de référence basée notamment sur la pertinence, l'analyse des dédoublements et les mécanismes de suivi afin d'améliorer la prise en charge des usagers.

Pour ce qui est de la veille technologique, le Ministère a entrepris des discussions avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé pour l'élargissement de son mandat, de façon qu'elle puisse faire une veille technologique dans certains secteurs d'activité. Une étape d'expérimentation a été convenue ; elle permettra de prendre une décision éclairée quant à un éventuel mandat formel.

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur l'assurance-hospitalisation (*L.R.Q., c. A-28*)

Loi sur l'assurance maladie (*L.R.Q., c. A-29*)

Loi sur l'assurance médicaments (*L.R.Q., c. A-29.01*)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (*L.R.Q., c. A-33.1*)

Loi sur les cimetières non catholiques (*L.R.Q., c. C-17*)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (L.R.Q., c. C-32.1.1)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (*L.R.Q., c. C-68.1*)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. E-12.0001*)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (*L.R.Q., c. E-20.1*)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (*L.R.Q., c. F-4.0021*)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (*L.R.Q., c. H-1.1*)

Loi sur les inhumations et les exhumations (*L.R.Q., c. I-11*)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (*L.R.Q., c. I-13.1.1*)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (*L.R.Q., c. L-0.2*)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. M-1.1*)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (*L.R.Q., c. M-19.2*)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (*L.R.Q., c. M-35.1.3*)

Loi sur la protection de la jeunesse (*L.R.Q., c. P-34.1*)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (*L.R.Q., c. P-38.001*)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (*L.R.Q., c. R-5*)

Loi sur la santé publique (*L.R.Q., c. S-2.2*)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (*L.R.Q., c. S-4.2*)

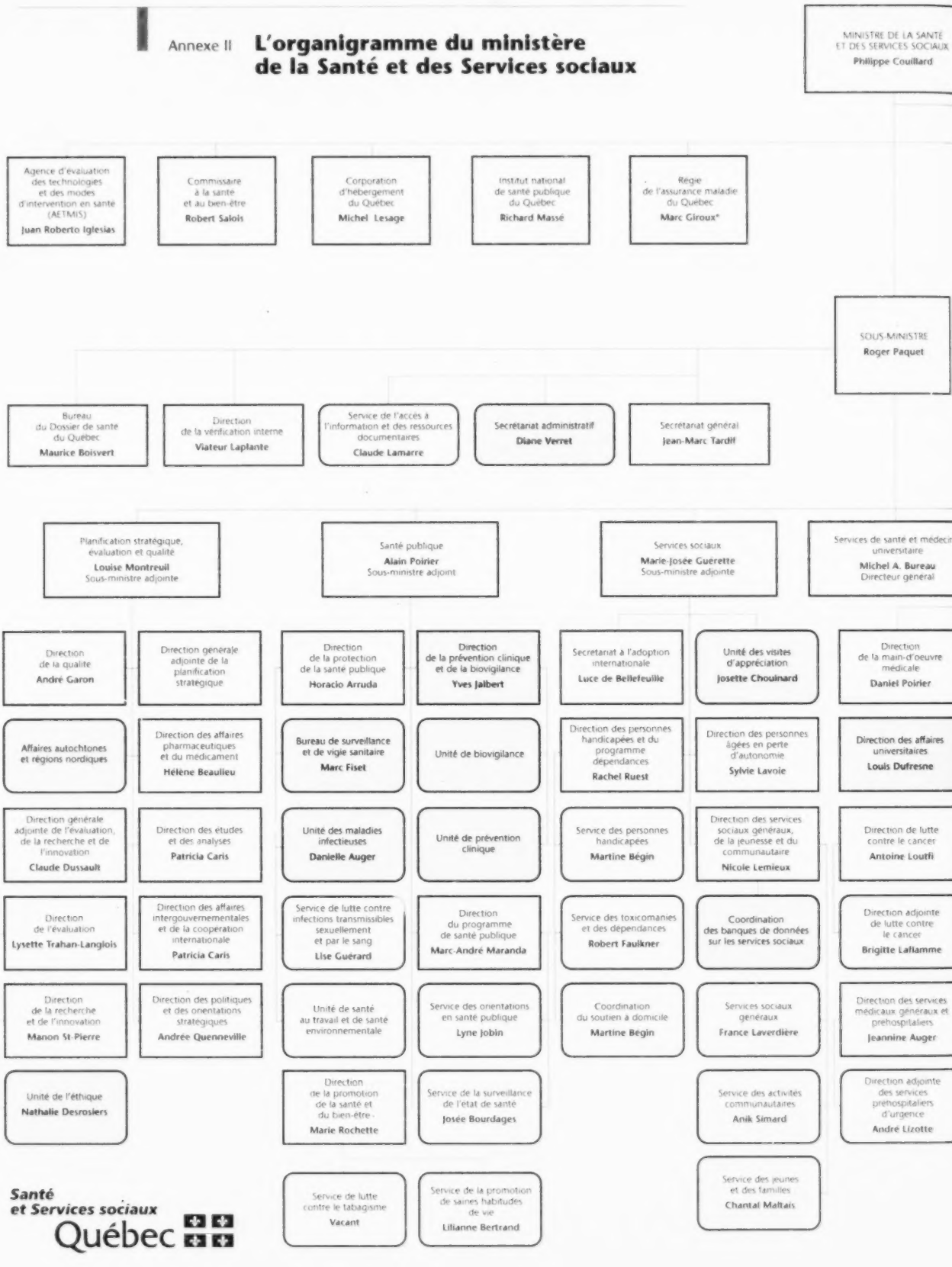
Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (*L.R.Q., c. S-5*)

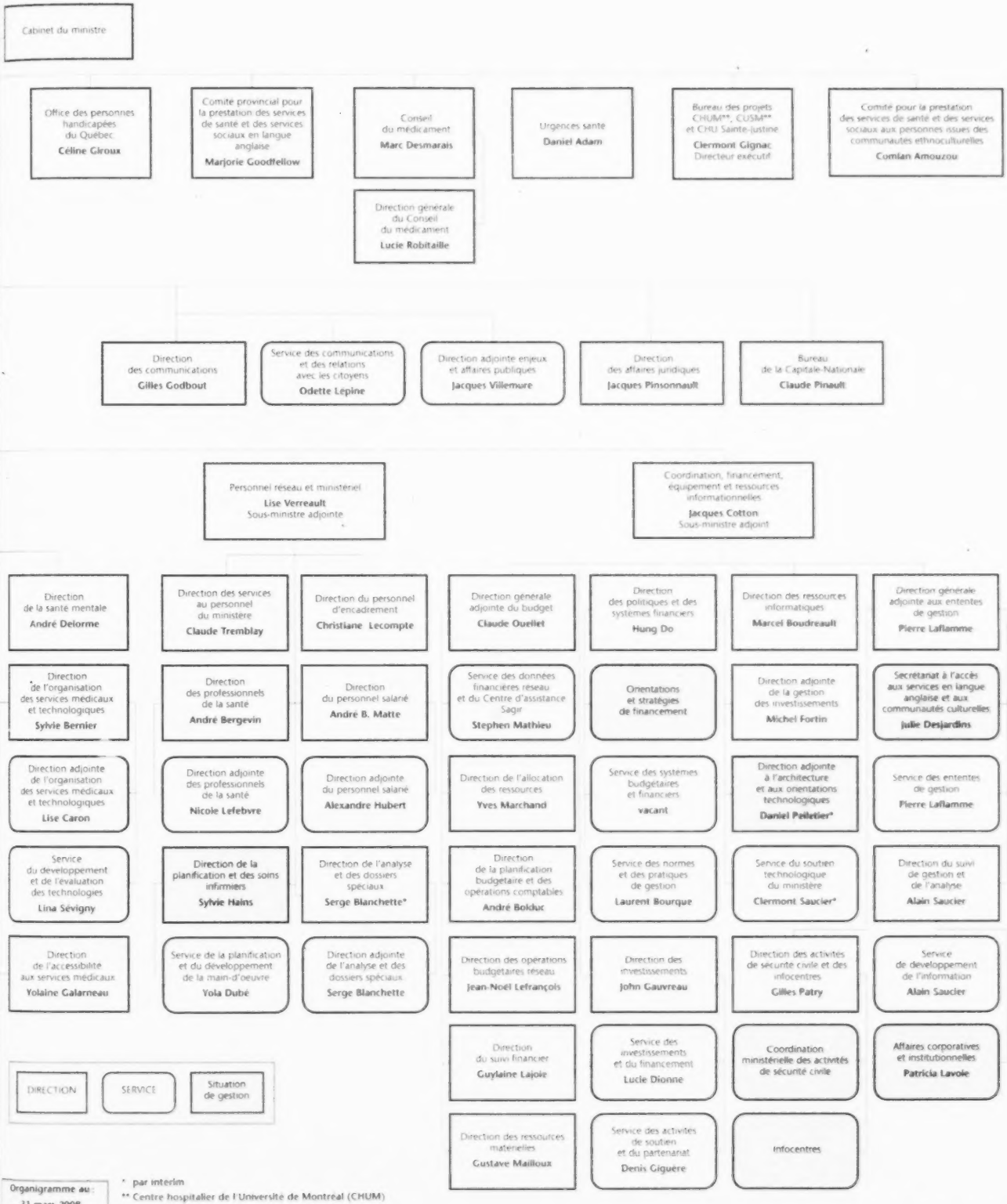
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (*L.R.Q., c. S-6.2*)

Loi sur le tabac (*L.R.Q., c. T-0.01*)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (*L.R.Q., c. U-0.1*)

Annexe II L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux





Organigramme au : 31 mars 2008

* par intérim

** Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Annexe III

Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Président-directeur général : Dr Juan Roberto Iglesias

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Site Internet : www.aetmis.gouv.qc.ca

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé a pour mission de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu québécois de la santé. Les évaluations de l'Agence portent sur l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de technologies de la santé ainsi que sur les modalités de dispensation et d'organisation des services. La promotion de l'évaluation, le transfert des connaissances, la formation ainsi que le rayonnement de l'expertise québécoise sont également au cœur de sa mission.

Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Directeur exécutif : M. Clermont Gignac

2021, avenue Union, bureau 10.049
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-9289
Site Internet : www.construction3chu.msss.gouv.qc.ca

Cet organisme a pour mission d'assurer le respect des balises réglementaires, de programmes, de budget et de temps fixées par le gouvernement pour la réalisation des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre universitaire de santé McGill et du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

Cet organisme exerce un leadership d'expertise en gestion de projet au bénéfice des parties prenantes des projets. Sa priorité est d'assurer une gouvernance rigoureuse et transparente ainsi que de réduire les risques inhérents aux grands projets complexes. Son rôle consiste aussi à susciter la détermination des moyens pour maximiser les retombées économiques et pour optimiser le cycle de vie des équipements et des actifs immobiliers, et ce, dans une perspective de développement durable.

Rapport d'activité 2007-2008

Gouvernance des projets

Après avoir déployé des efforts déterminants en 2006, les équipes liées aux projets de modernisation dressent un bilan significatif pour l'année 2007-2008.

Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (bureau du directeur exécutif) a établi, en collaboration avec les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Montréal, maîtres d'ouvrage de leur projet respectif, une solide structure de gouvernance jumelée à une méthode de gestion de projets d'envergure pour assurer rigueur et efficience.

Le cadre de gouvernance désigne clairement les rôles, les responsabilités et les sphères d'imputabilité des parties prenantes. Il s'inspire largement des recommandations émises par le Vérificateur général du Québec dans le cadre de son mandat relatif à la gestion des projets immobiliers du réseau de la santé et des services sociaux[7].

Le cadre de gestion mis en place rassemble le maximum d'avantages visant à assurer une concertation très forte et la plus grande synergie entre les partenaires impliqués. Soulignons les principales assises de ce cadre :

- la mise en place du comité ministériel – CHU au sein du gouvernement du Québec ;
- la désignation d'un directeur exécutif soutenu par une équipe de gestion (bureau du directeur exécutif), responsable de veiller au respect des grands paramètres encadrant les projets ;
- les modalités particulières de rétention des fournisseurs de biens et services ;
- les ententes-cadres de gouvernance entre le directeur exécutif et chacun des CHU ainsi que l'Agence des partenariats public-privé du Québec (APPPQ).

Au moment de l'acceptation de l'offre de services clinique, d'enseignement et de recherche, du programme fonctionnel et technique ainsi que des prévisions budgétaires de fonctionnement de l'an 1, un suivi de gouvernance a été institué afin d'assurer le respect du programme autorisé :

- mise en place d'un comité exécutif de coordination hebdomadaire au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et bimensuel au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) : les participants sont le directeur général (DG) et le directeur de la planification du CHU, le représentant de l'Agence des partenariats public-privé du Québec, le représentant du gestionnaire de projet (GP) et le directeur exécutif (DE) ;
- réunion hebdomadaire opérationnelle incluant la revue des risques : CHU – GP – professionnels maîtres ingénieurs et architectes ;
- revues de projet hebdomadaires et mensuelles : GP – CHU – DE – APPPQ – professionnels ;
- communications et recommandations sur l'évolution des projets au comité ministériel ;
- revue bimestrielle des budgets pour la transition technologique (technologies de l'information).

Jalons significatifs pour la modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal

L'année 2007-2008 a été marquée par l'achèvement et l'acceptation, par le Ministère et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, de l'offre de services clinique, d'enseignement et de recherche, du programme fonctionnel et technique ainsi que des prévisions budgétaires de fonctionnement de l'an 1 au CHUM et au CUSM. Quant au Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, l'exercice se terminera au cours de l'année 2008. Ces étapes ont été établies et convenues par les parties concernées de façon à respecter les balises gouver-

7. Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2005-2006*, Tome II, Québec, Le Vérificateur, décembre 2006.

nementales. Ces conditions devaient impérativement être remplies avant qu'il soit possible de passer à l'étape de signature des contrats et de mobilisation des équipes de professionnels maîtres ingénieurs et architectes.

Au printemps 2007, la conclusion des dossiers d'affaires initiaux et l'étude comparative des modes de réalisation des projets, ont permis au gouvernement de déterminer que la réalisation en mode de partenariats public-privé (PPP) de certaines composantes des projets du CHUM et du CUSM offre une valeur ajoutée par rapport aux fonds investis et aux risques inhérents à ce type de grands projets.

Des appels de qualification pour les projets à réaliser en mode PPP (CHUM, Centre de recherche du CHUM et CUSM) ont donc été lancés en juin 2007 et se sont terminés en novembre de la même année par la sélection de deux consortiums candidats qualifiés pour chacun des projets.

En octobre 2007, le CHU Sainte-Justine a inauguré une des composantes du projet *Grandir en santé*, soit le pavillon Lucie et André Chagnon du Centre de cancérologie Charles-Bruneau, d'une valeur de 17,6 millions de dollars.

Les travaux de préparation en vue des prochaines étapes

En 2007-2008, l'arrivée des professionnels maîtres ingénieurs et architectes a permis d'enclencher les activités appliquées en vue des prochaines étapes.

Les travaux préparatoires ont porté notamment sur l'interprétation du programme fonctionnel et technique des CHU et l'harmonisation de ceux-ci aux sites choisis, incluant les esquisses. De la même façon, c'est avec l'appui des équipes maîtres que le CHU a commencé la revue détaillée des prévisions budgétaires. Les équipes ont parallèlement élaboré des devis de performance et d'autres documents d'appel de propositions. C'est l'Agence des partenariats public-privé du Québec qui a dirigé le processus de rédaction des appels de propositions en mode PPP.

Quant au CHU Sainte-Justine, les efforts ont été concentrés sur la finalisation du plan clinique, d'enseignement et de recherche, du programme fonctionnel et technique ainsi que des prévisions budgétaires de fonctionnement de l'an 1 en vue de l'obtention des autorisations gouvernementales. Il a aussi préparé les plans et devis de l'unité de néonatologie en prévision d'un appel d'offres au printemps 2008. Au cours de l'année 2007, des travaux de renforcement sismique de l'ordre de dix millions de dollars ont été amorcés ; ils se poursuivront en 2008.

Réalisations au regard des objectifs du Bureau de modernisation des CHU de Montréal

Favoriser la réalisation des projets dans une perspective d'intégrer les standards internationaux et de performance technologique de haut niveau.

En mai 2007, le Bureau a publié un guide de performance de haut calibre. Ce guide prévoit des critères de qualité et de performance des systèmes recherchés, tant sur le plan des aménagements que sur le plan technique. Cet outil remis aux architectes et ingénieurs sert à l'élaboration des devis de performance en vue des appels de propositions pour les contrats en mode PPP.

Ce guide de performance a été confectionné avec l'expertise de la Corporation d'hébergement du Québec et en collaboration avec les CHU. L'objectif est de doter le Québec d'établissements à la fine pointe en matière d'infrastructures et d'équipements de soins, de recherche et d'enseignement.

En complément au guide de performance, une étude d'étalonnage international a été effectuée auprès de huit CHU répartis dans cinq pays. On a ainsi pu valider les superficies et les performances techniques établies pour la conception et la construction des CHU. L'étude a permis d'identifier des possibilités d'amélioration en procédant par comparaison entre les établissements. L'exercice pourrait générer des économies importantes pour les projets de CHU.

Favoriser la réalisation des projets dans une perspective de contenu québécois, de développement durable et de cycle de vie des équipements.

En 2006-2007, le Bureau a implanté un processus centralisé de gestion de l'approvisionnement comportant, entre autres, un processus d'appel d'offres. De plus, des procédures de contrôle de qualité, de règlements de différends et de gestion de contrats ont été instaurées en 2007-2008. Depuis les deux dernières années, plus de 30 appels d'offres et 2 appels de qualification en mode PPP ont été exécutés.

Outre les activités continues et liées aux appels d'offres, le Bureau, de concert avec les CHU, a examiné en 2007-2008 la performance de certains processus d'acquisition au sein de ces derniers. Le résultat de ces analyses présente des possibilités d'amélioration au regard, entre autres, de la gestion des stocks et de la mise en commun des achats pour lesquels des économies d'exploitation importantes pourraient être réalisées.

Dans le but de maximiser les retombées économiques au Québec, le Bureau a travaillé en collaboration avec le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE) pour élaborer une stratégie permettant aux entreprises québécoises de se positionner favorablement en amont du processus de sollicitation par appels d'offres publiques.

Dans cet esprit, au mois de juillet 2007, lors du lancement des appels de candidatures pour les projets à réaliser en mode PPP, en collaboration avec l'Agence des partenariats public-privé du Québec et le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, une activité de maillage a été tenue où les entreprises souhaitant se qualifier en tant que consortiums rencontraient des fournisseurs québécois (entrepreneurs, architectes et ingénieurs). Plus de 50 entreprises y ont participé.

Deux autres activités de maillage ont eu lieu au printemps 2008. La première a permis aux fabricants et aux sous-traitants majeurs de l'industrie de la construction de rencontrer les consortiums qui se sont qualifiés pour les projets réalisés en mode PPP. La seconde activité a été conçue pour les fabricants d'équipements médicaux et de mobilier non fixe.

L'approvisionnement accordera une grande importance au coût total du cycle de vie des produits acquis. L'ensemble du coût d'acquisition devra comprendre l'achat, la garantie, l'entretien et les pièces de rechange. Enfin, une attention particulière sera prêtée aux produits qui nous permettront d'atteindre la certification recherchée pour les projets LEEDS de niveau Argent (*Leadership in Energy and Environmental Design*. Ce programme conçu par le US Green Building Council encourage la conception de bâtiments verts et durables, et leur attribue une certification de niveau argent, or ou platine lorsqu'ils sont terminés).

Comité central d'éthique de la recherche

Président : Dr Serge D. Gauthier

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : 514 873-2114
Site Internet : www.ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml

En vertu de l'article 21 du Code civil du Québec, les projets de recherche qui impliquent des personnes mineures ou majeures inaptes ou dont l'inaptitude est subite doivent obligatoirement être approuvés et suivis par un comité d'éthique de la recherche institué ou désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Lorsqu'un chercheur n'a pas accès à un tel comité, il peut s'adresser au Comité central d'éthique de la recherche. Ce comité, qui relève de la compétence du ministre, a le mandat de s'assurer du respect de la dignité des sujets de recherche.

Depuis le 1er janvier 2008, le mandat du Comité s'est élargi à toutes les catégories de sujets de recherche. Ainsi, un chercheur qui ne disposerait pas d'un comité d'éthique de la recherche peut maintenant soumettre son projet au Comité central, même s'il n'implique que des personnes majeures aptes. De plus, le ministre a confié au Comité central le mandat d'agir à titre d'instance d'appel d'une décision rendue par un comité d'éthique de la recherche principal à l'intérieur du mécanisme encadrant l'examen éthique et le suivi continu des projets multicentriques.

Comité d'hémovigilance

Président : M. Daniel Tremblay

1075, chemin Sainte-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/hemovigilance

Le Comité d'hémovigilance a été créé en vertu de la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance. Il a pour fonction, dès qu'il l'estime nécessaire, et au moins annuellement, de donner son avis au ministre sur l'état des risques liés à l'utilisation du sang ainsi que des produits et des constituants sanguins tout comme sur l'utilisation des produits de remplacement. Le Comité doit également examiner toute question relative au système d'approvisionnement en sang qui lui est soumise par le ministre et lui donner son avis dans les délais indiqués. Le ministre a confié au Comité des attributions semblables au regard de la moelle osseuse et de tout autre tissu humain, tel que le prévoyait la Loi.

Comité d'éthique de santé publique

Président : M. Daniel Weinstock

201, boulevard Crémazie Est, bureau RC-03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Courriel : cesp@msss.gouv.qc.ca

Le Comité d'éthique de santé publique est institué par la Loi sur la santé publique. Il joue un rôle-conseil, et son mandat comporte deux grands volets :

- répondre aux demandes qui sont adressées par le ministre au regard de toute question éthique qui peut être soulevée par l'application de la Loi sur la santé publique ;
- examiner systématiquement des projets de plan de surveillance ou d'enquête sociosanitaire qui lui sont soumis par le ministre ou les directeurs de santé publique.

Conformément aux attentes exprimées par le ministre, les demandes du directeur national de santé publique sont considérées au même titre que celles du ministre. Le rattachement du Comité au Ministère est d'ordre administratif. Malgré ce rattachement, le Comité jouit d'une totale indépendance morale.

Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Président : M. Comlan Amouzou

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

Rapport d'activité 2007-2008 (résumé)

Le mandat et la composition du Comité

Le mandat du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles est fondé sur l'article 433.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui se lit comme suit :

> Le ministre peut constituer un comité chargé de lui donner des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.
>
> Il en détermine la composition ainsi que les règles de fonctionnement.

En 2007-2008, monsieur Comlan Amouzou a continué d'agir à titre de président du Comité, et madame Mercedes Orellana a été élue au poste de vice-présidente en remplacement de madame Marielle Beauger.

Les activités du Comité

Durant l'année 2007-2008, le Comité a tenu sept séances, et plusieurs dossiers importants ont été traités. L'année a été marquée par les travaux de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles (commission Bouchard-Taylor). En novembre 2007, le Comité a donné son avis aux membres de la Commission dans un document intitulé *Avis présenté à la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*.

Les membres du Comité ont également amorcé des démarches afin de :

- tenir une journée de consultation avec les principaux partenaires des organismes communautaires, des établissements et du milieu de l'enseignement ;
- présenter un bilan des travaux du Comité depuis sa création en juin 2004 ;
- donner son avis sur les améliorations souhaitées dans la prestation des services de santé et des services sociaux afin de prévenir les situations décrites dans certains dossiers du Bureau du coroner du Québec.

À la suite des divers avis qui ont été produits par le Comité et étant donné le contexte social actuel, les membres du Comité restent convaincus de la pertinence de continuer à travailler sur l'adaptation des modes de prestations de services et d'assurer des soins de qualité à la population québécoise dans sa diversité culturelle et religieuse.

En novembre 2006, le Comité a adopté son code d'éthique et de déontologie. Celui-ci est inséré dans son rapport d'activité 2007-2008, qu'il a remis au ministre. Durant l'année s'échelonnant du 1er avril 2007 au 31 mars 2008, aucun incident ou transgression du code n'a été constaté, et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Un des mandats du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles est de soutenir les actions de ce comité. Au cours de l'année 2007-2008, le Secrétariat a poursuivi ses fonctions de coordination à l'égard de l'accessibilité aux services. Il a également maintenu sa participation à la Table interministérielle pour l'accueil et l'intégration des réfugiés pris en charge par le gouvernement ainsi qu'à la Table interministérielle pour l'élaboration du plan d'action gouvernemental contre le racisme et la discrimination. Le Secrétariat est également impliqué à la Table interministérielle sur le plan stratégique d'intervention de la communauté haïtienne. Les principaux dossiers ayant mobilisé le Secrétariat sont les accommodements raisonnables, l'élaboration d'une vision pour le réseau de la santé et des services sociaux, le statut des aides familiaux résidants relativement à leur admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'accessibilité linguistique et les banques d'interprètes.

Conclusion

La prise de conscience du grand public concernant les « accommodements raisonnables » a relancé le débat sur les manières d'adapter les modes de prestation des services aux personnes qui ont des coutumes de vie ou des pratiques religieuses différentes de la majorité. Les membres du Comité assureront un suivi de leurs recommandations afin d'évaluer les répercussions sur les services rendus à la population.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : M^me^ Marjorie Goodfellow

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

Rapport d'activité 2007-2008 (résumé)

Le mandat et la composition du Comité

Le rôle et les fonctions du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise sont fondés sur l'article 509 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux :

> Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation d'un comité provincial chargé de donner son avis au gouvernement sur :
>
> 1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;
>
> 2° l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence de la santé et des services sociaux conformément à l'article 348.

Le mandat des membres du Comité a été renouvelé au courant de l'année 2007-2008. Ses membres actuels ont été nommés par le ministre, monsieur Philippe Couillard, le 12 septembre 2007. Six membres ont vu leur mandat renouvelé, tandis que les cinq autres membres en sont à leur premier mandat. Selon les règles de fonctionnement du Comité, les mandats des membres sont effectifs pour une période de trois ans.

Madame Marjorie Goodfellow a continué d'agir à titre de présidente du Comité, et monsieur Michael Udy a poursuivi son implication en tant que vice-président.

Les activités du Comité

Du 1^er^ avril 2007 au 31 mars 2008, les membres du Comité se sont rencontrés à six reprises. Ils ont terminé l'étude des programmes d'accès aux services dispensés en langue anglaise pour les 16 régions. À partir d'une grille d'analyse permettant de juger de la conformité des programmes proposés au cadre de référence pour l'élaboration de ces programmes publiés par le Ministère en mars 2006, le Comité a pu statuer sur la recevabilité des programmes, l'évolution de la situation depuis les derniers programmes et l'adéquation entre les besoins des personnes d'expression anglaise et les services accessibles dans cette langue. Le Comité a formulé un avis sur chacun des 16 programmes d'accès déposés en vue de l'approbation du gouvernement. Sur recommandation du Comité, les programmes d'accès des 15 régions ayant reçu un avis favorable ont été approuvés par le Conseil des ministres le 19 décembre 2007.

Outre les avis du Comité sur les programmes d'accès aux services en langue anglaise, ses membres se sont penchés sur l'entente Canada-Québec en matière de santé et de services sociaux et en ont recommandé le renouvellement.

De plus, considérant la nomination des membres le 12 septembre 2007, le Comité a terminé les travaux nécessaires en vue de l'adoption d'un plan de travail révisé pour la période 2008-2011.

Le 18 décembre 2006, le Comité a adopté son code d'éthique et de déontologie. Ce dernier est intégré dans son rapport d'activité 2007-2008, qu'il a remis au ministre à l'été 2008. Au cours de l'année, aucun incident ou transgression du code n'a été constaté, et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles soutient, entre autres, les activités de ce comité. En 2007-2008, l'ensemble des programmes d'accès aux services en langue anglaise a été analysé par le Secrétariat, et une appréciation de chacun d'entre eux a été soumise aux autorités. La gestion de l'entente Canada-Québec pour les services en langue anglaise est effectuée par le Secrétariat. Seize projets ont été réalisés pendant l'année 2007-2008.

Conclusion

L'approbation des programmes d'accès aux services offerts en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise constitue une amélioration significative de la qualité des services destinés à ce segment de la population québécoise. L'évolution future de ces programmes, en relation avec l'implantation des projets cliniques, leur insufflera un nouveau dynamisme et permettra d'assurer la prise en compte des besoins des personnes d'expression anglaise dans les programmes-services du Ministère.

Commissaire à la santé et au bien-être

Commissaire : M. Robert Salois

1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone : 418 643-3040
Site Internet : www.csbe.gouv.qc.ca

Le Commissaire à la santé et au bien-être a la responsabilité d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Il évalue l'ensemble des éléments du système de santé en se penchant notamment sur la qualité, l'accessibilité, la continuité et le financement des services. Il s'intéresse aussi aux déterminants de la santé et du bien-être, aux questions qui entourent les médicaments et les technologies ainsi qu'aux aspects éthiques.

Le Commissaire a pour fonction de consulter les acteurs et les experts du système de santé et de services sociaux. Il doit informer le ministre, l'Assemblée nationale et la population pour favoriser une meilleure compréhension des grands enjeux en matière de santé et de bien-être. Le Commissaire recommande au ministre des changements qui visent, entre autres, à accroître la performance globale du système.

Conseil du médicament

Président : M. Marc Desmarais

1195, avenue Lavigerie, bureau 100
Québec (Québec) G1V 4N3
Téléphone : 418 644-8103
Site Internet : www.cdm.gouv.qc.ca

Le Conseil du médicament a pour fonction d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour de la Liste de médicaments assurés par le Régime général d'assurance médicaments et de la Liste de médicaments des établissements de santé. Il doit également travailler à favoriser l'utilisation optimale des médicaments au Québec. Enfin, le Conseil doit formuler des recommandations au regard de l'établissement et de l'évolution des prix ou sur toute autre question soumise par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Corporation d'hébergement du Québec

Président-directeur général : M. Michel L. Lesage

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 644-3600
Site Internet : www.chq.gouv.qc.ca

La Corporation d'hébergement du Québec a pour mission d'offrir aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux l'expertise technique, financière et immobilière ainsi que le financement nécessaire à la gestion, à la construction, à l'entretien et à l'acquisition d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures requis dans ce secteur d'activité.

Héma-Québec

Présidente et chef de la direction : Dre Francine Décary

4045, boulevard de la Côte-Vertu
Montréal (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000 ou 1 888 666-4362
Site Internet : www.hema-quebec.qc.ca

Héma-Québec a pour mission de fournir avec efficience des composants et substituts sanguins, des tissus humains et du sang de cordon sécuritaires, de qualité optimale et en quantité suffisante pour répondre aux besoins de la population québécoise ainsi que d'offrir et de développer une expertise, des services et des produits spécialisés et novateurs dans les domaines de la médecine transfusionnelle et de la greffe de tissus humains.

Institut national de santé publique du Québec

Président-directeur général : Dr Richard Massé

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418 650-5115
Site Internet : www.inspq.qc.ca

L'Institut national de santé publique du Québec vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

L'Institut soutient le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités en leur offrant son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage.

Office des personnes handicapées du Québec

Directrice générale : Mme Céline Giroux

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1-800 567-1465
Télescripteur : 1 800 567-1477
Site Internet : www.ophq.gouv.qc.ca

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'Office doit également s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux, les municipalités ainsi que les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer pleinement à la vie en société.

L'Office veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir leurs intérêts et ceux de leur famille, l'Office les informe, les conseille, les assiste et fait des représentations en leur faveur, sur une base tant individuelle que collective.

Régie de l'assurance maladie du Québec

Président-directeur général : M. Marc Giroux

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 1 800 561-9749
Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mission d'administrer les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. À cet effet, elle informe la population sur les services offerts, gère l'admissibilité aux régimes ou aux programmes qu'elle administre et rémunère les professionnels de la santé pour les soins et services rendus aux personnes assurées. De plus, elle fait en sorte que l'expertise et l'information qu'elle possède soient mises au service du ministre ainsi que des chercheurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Urgences-santé

Président-directeur général : M. Daniel Adam

3232, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1Y 3H5
Téléphone : 514 723-5600
Site Internet : www.urgences-sante.qc.ca

La Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé) exerce sur les territoires de Montréal et de Laval les fonctions dévolues à une agence de la santé et des services sociaux par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Dans ce cadre, sa mission consiste à :

- diriger, sur le territoire, la planification, l'organisation, la coordination et l'évaluation des services ;
- offrir des services comprenant les soins préhospitaliers d'urgence, le transport par ambulance ainsi que le transport entre les établissements de santé ;
- maintenir un centre de communication santé s'appuyant sur une technologie fiable et éprouvée ainsi que sur un système médical informatisé de triage des appels ;
- assurer en tout temps à l'ensemble de la population du territoire visé une intervention appropriée, efficace et de qualité ;
- initier et participer à des projets liés à la promotion, à la prévention et à la recherche en matière de soins et de services préhospitaliers d'urgence.

Santé
et Services sociaux
Québec
www.msss.gouv.qc.ca
08-302-01F